

EINSAMES STERBEN UND UNENTDECKTE TODE IN DER STADT

Über ein verborgenes gesellschaftliches Problem

[transcript] ALTER – KULTUR – GESELLSCHAFT

Susanne Loke
Einsames Sterben und unentdeckte Tode in der Stadt

Alter - Kultur - Gesellschaft | Band 9



Susanne Loke leitet ein Präventionsprojekt in Pflegeeinrichtungen und ist Lehrbeauftragte an der Evangelischen Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum. Sie promovierte an der Fakultät für Sozialwissenschaft der Ruhr-Universität Bochum zum Thema einsames Sterben und unentdeckte Tode in der Stadt. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Einsamkeit, Thanatologie, soziale Gerontologie, Gesundheitsförderung, Pflegekinderhilfe und Sozialraumforschung.

Susanne Loke

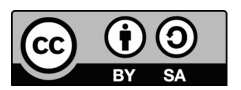
Einsames Sterben und unentdeckte Tode in der Stadt

Über ein verborgenes gesellschaftliches Problem



Dieses Buch wurde als Dissertation unter dem Titel »Einsames Sterben und unentdeckte Tode in der Stadt« an der Fakultät für Sozialwissenschaft der Ruhr-Universität Bochum angenommen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.



Erschienen 2023 im transcript Verlag, Bielefeld

Umschlaggestaltung: Maria Arndt, Bielefeld
Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar
https://doi.org/10.14361/9783839466483
Print-ISBN 978-3-8376-6648-9
PDF-ISBN 978-3-8394-6648-3
Buchreihen-ISSN: 2569-2615
Buchreihen-eISSN: 2703-0318

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.
Besuchen Sie uns im Internet: *https://www.transcript-verlag.de*
Unsere aktuelle Vorschau finden Sie unter *www.transcript-verlag.de/vorschau-download*

Ich widme dieses Buch in Dankbarkeit und Verbundenheit meinen Töchtern und allen Menschen,
die seine Entstehung ermöglicht, begleitet und unterstützt haben.

Inhalt

1. Einführung

»Schreit nicht mehr
Haltet ein die Toten zu töten,
Schreit nicht mehr, schreit nicht
Wenn ihr sie noch hören wollt,
Wenn ihr hofft nicht unterzugehen
Unvernehmbar ist ihr Raunen,
Sie machen nicht mehr Geräusch
Als das Wachsen des Grases,
Froh wo der Mensch nicht vorübergeht.«
Giuseppe Ungaretti (Übersetzung Michael von Killisch-Horn, in Wetzel 1994: 21)

»Froh wo der Mensch nicht vorübergeht«. Sterben und Tod eines Menschen vollziehen sich – abgesehen von wenigen Ausnahmen – selten öffentlich, sondern im intimen Kreis vertrauter und umsorgender Personen (Feldmann 1997: 34,2010a: 61 und 2018: 51; Schnabel 2013: 152)[1]. Nach Eintritt des Todes wird diese Nachricht meist einem erweiterten Kreis nahestehender Personen bekannt gemacht. Die Beisetzung als soziales Ereignis, das Teilen der Trauer und die Trauerbekundungen helfen nicht nur den Hinterbliebenen der Verstorbenen, sondern lassen auch das Gedächtnis an die Toten aufleben. Ganz anders verlaufen Sterben, Tod und Beisetzung bei vielen *unentdeckten* Todesfällen. Sterben und Tod sind unbegleitet, der Todeseintritt wird nach Tagen, Wochen oder Monaten bemerkt. Die Beisetzung wird oft von ›Amts wegen‹ organisiert und bleibt, um Kosten zu sparen, auf das Notwendigste beschränkt[2]. Zur Beisetzung erscheint nicht selten niemand. Die Unsichtbarkeit des Sterbens, die Verborgenheit des Todes und das Fehlen of-

1 Der Schriftsteller Wolfgang Herrndorf hat in »Arbeit und Struktur« sein Sterben dokumentiert. Auch der Regisseur und Aktionskünstler Christoph Schlingensief hat seine Auseinandersetzung mit der tödlichen Krebserkrankung in einem Tagebuch »So schön wie hier kanns im Himmel gar nicht sein!« dokumentiert.

2 In Deutschland gibt es eine Bestattungspflicht: Innerhalb bestimmter Fristen müssen die Angehörigen eines Verstorbenen dafür sorgen, dass der Leichnam beigesetzt wird und die entstehenden Kosten tragen. Falls keine Angehörigen zu ermitteln sind, oder diese nicht bereit sind, sich um die Angelegenheit zu kümmern, übernimmt das Ordnungsamt, um die Bestattungspflicht sicherzu-

fenkundiger Betroffenheit und Trauer sind Spezifika *unentdeckter* Tode. Die Menschen im Umfeld scheinen zu fehlen oder »gehen vorüber«, auch die Reaktionen bekannter Anderer sind nicht zu »vernehmen«.

Entgegen solcher Tendenzen wird diese Arbeit den Blick auf das weitgehend unbeachtete und eher verborgene soziale Phänomen richten, um es zu ergründen und zu verstehen.

1.1 *Unentdeckte* Tode und *einsames* Sterben in der Stadt

Umfragen zufolge wünscht die Mehrheit der Deutschen zu Hause zu sterben (Haumann 2016: 22; Statista 2020a). Das Sterben im eigenen Zuhause entspricht vielfach den normativen Vorstellungen des ›guten‹ Sterbens. Damit ist einerseits das schnelle, schmerzfreie Sterben und andererseits das selbstbestimmte Ende des eigenen Lebens in sozialräumlicher Einbettung angesprochen (Haumann 2016: 24; Jakoby/Thönnes 2017: 5; Stadelbacher 2017: 49ff.). Dem Sterben im Privatraum wird häufig das Sterben im institutionellen Kontext von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen entgegengestellt[3]. Ausgenommen sind meist Hospize und palliative Einrichtungen, denen ebenfalls eine stärkere Berücksichtigung der Bedürfnisse von Sterbenden zugesprochen wird (ebd.).

Die »Angst vor der Einsamkeit des Sterbens« bezieht sich sowohl auf das Sterben in Institutionen (Elias 2002: 34 und 66f.) als auch auf das unbegleitete und unbemerkte Sterben in der eigenen Wohnung (Ahrens/Wegner 2015: 12; Haumann 2016: 24). Machtlosigkeit, Abhängigkeit und die Erfahrung von Fremdbestimmung werden genauso gefürchtet wie soziale Verlassenheit und Isoliertheit in existentieller Not.

Im Fokus dieser Arbeit stehen Sterbefälle, bei denen die Betroffenen im Moment des Todeseintritts in ihrem Zuhause allein sind und deren Tod frühestens am folgenden Tag *entdeckt* wird[4]. Die gewählte Bezeichnung *unentdeckte* Tode kann irritieren, sind doch alle hier zitierten Sterbefälle letztlich *entdeckt*, wenn auch bisweilen erst nach Wochen oder Monaten. Widerspruch mag auch durch den Zusatz *einsames* Sterben hervorgerufen werden, da die subjektive Befindlichkeit am Lebensende posthum nicht zu erkunden ist, sondern lediglich unterstellt werden kann. Um mögliche Vorbehalte zu entkräften, wird die Begriffswahl im abschließenden Kapitel der Einleitung erläutert und begründet (vgl. Kapitel 1.4).

Unentdeckte Tode ereignen sich im Verborgenen des privaten Raums und sind in der Gesellschaft weitgehend unbeachtet bzw. unerwähnt. Anscheinend wird dem Phänomen kaum gesellschaftliche Relevanz beigemessen. Dies ist zu hinterfragen und mögliche Ursachen für diesen auffällig ›zurückhaltenden‹ Umgang zu ergründen. Die mangelnde Bedeutungszuschreibung kann sowohl mit einer faktisch geringen Auftretenshäufig-

---

stellen. Reicht das Erbe oder das Vermögen der Angehörigen nicht aus, so tritt das Sozialamt ein und kommt für eine einfache kostengünstige Bestattung auf.

3 In dieser Arbeit wird der Begriff der ›Institution‹ überwiegend gleichgesetzt mit dem Begriff der ›Einrichtung‹ bzw. ›Organisation‹.

4 Außerdem muss zwischen der letzten Sichtung und dem Todeseintritt mindestens eine Zeitspanne von 12 Stunden liegen (vgl. Kapitel 7.4).

keit als auch mit einer mangelnden Thematisierung und Problematisierung zusammenhängen. Zur Beurteilung der Quantität sind verlässliche empirische Belege notwendig, wie häufig Personen unbegleitet versterben, und wie lange deren Tod jeweils *unentdeckt* bleibt. Hinsichtlich des öffentlichen Diskurses fällt auf, dass der gesellschaftliche Umgang mit Einsamkeit sowie mit bestimmten Aspekten des Sterbens und des Todes eher aus der Distanz und mit Abwehr erfolgt[5]. Für die Verknüpfung der beiden Themenkreise – Einsamkeitsforschung und Thanatologie – kann daher angenommen werden, dass sich zumindest ähnlich aversive Handlungsweisen bestätigen. Die Analyse des gesellschaftlichen Umgangs mit Sterben und Tod (vgl. Kapitel 4.4) und Einsamkeit (vgl. Kapitel 6.4) sowie *unentdeckten* Toden (vgl. Kapitel 10) zielt daher auch auf die Identifizierung möglicher soziokultureller oder struktureller Barrieren.

In den Medien und im gesellschaftspolitischen Diskurs wurde das Phänomen bislang wenig beachtet sowie in der Wissenschaft nur unzureichend untersucht. In den verschiedenen Medien wird meist über Fälle berichtet, die besonders extrem und unverständlich sind, weil die Verstorbenen nach Jahren eher ›zufällig‹ aufgefunden werden. Wenn man den Schlagzeilen der Artikel folgt, so werden Sterben und Tod häufig in einen Zusammenhang mit Einsamkeit und/oder sozialer Isolation und/oder sozialer Exklusion gesetzt. Die Ursachen werden oft in den negativen Folgen des gesellschaftlichen Wandels und des ›bröckelnden‹ sozialen Zusammenhalts verortet. Als besonders betroffene Gruppen werden ältere und alte Personen ausgemacht (vgl. Kapitel 4.1). Die eigene Untersuchung kommt zu anderen Ergebnissen und umfassenderen Begründungszusammenhängen und belegt auch, dass die große Mehrheit der Verstorbenen nicht nach Jahren, sondern innerhalb der ersten Woche nach Todeseintritt aufgefunden wird.

Infolge der seltenen Thematisierung ist das Phänomen der *unentdeckten* Tode in der Öffentlichkeit weitgehend unbekannt bzw. wird eher als singuläres Ereignis wahrgenommen. Der Tod ereignet sich in privater Abgeschiedenheit, und auch das Auffinden der Verstorbenen sowie das sich anschließende Procedere werden in aller Stille und mit professioneller Routine abgewickelt (vgl. Kapitel 4.2). Abgesehen von der direkten Nachbar:innenschaft der Verstorbenen und von den in diesen Prozess involvierten Berufsgruppen erfährt die Allgemeinheit von der Mehrheit der *unentdeckten* Todesfälle nichts.

Auch Politik-Vertreter:innen haben diese Todesfälle bislang nicht explizit thematisiert oder als drängendes soziales Problem identifiziert. Es ist keine Kommune bekannt, die eine gesonderte amtliche Statistik der *unentdeckten* Todesfälle – differenziert nach »Liegezeit« – führt, obwohl dies aufgrund der elektronischen Erfassung der Sterbefälle seit 2009 ohne größeren Aufwand möglich wäre[6].

In der Wissenschaft wird intensiv zu Einsamkeit wie auch zu verschiedenen Aspekten der Sterbens- und Todesthematik geforscht, aber eine Verknüpfung dieser Themen findet selten und meist außerhalb der Sozialwissenschaft statt (vgl. Kapitel 2.1). *Unentdeckte* Tode werden – auch unter anderen Bezeichnungen – insgesamt selten erforscht.

5 Feldmann (2010a: 77) weist darauf hin, dass vor allem die Beschäftigung mit dem eigenen Tod, der direkte Umgang mit Sterbenden und Toten sowie mit traditionellen Riten nach Todeseintritt und in der Trauerphase von »Verdrängung« gekennzeichnet sind.

6 Der Terminus »Liegezeit« bezeichnet den Zeitraum zwischen dem (angenommenen) Todestag und dem Zeitpunkt des Auffindens der verstorbenen Person.

Die intensivste Auseinandersetzung findet sich in der (Rechts-)Medizin – hier allerdings mit vorwiegend naturwissenschaftlichem bzw. forensischem Interesse und gering(er)er Beachtung der sozialen Dimension. Selbst in Japan, wo das Phänomen des »kodokushi« – des »einsamen Sterbens« – seit den 1970er Jahren gesellschaftlich und (populär-)wissenschaftlich intensiv erörtert wird[7], mangelt es an einer grundständigen wissenschaftlichen Erforschung (Dahl 2016: 18; vgl. Kapitel 2 und 4.3).

Der eigene Impuls zur Erforschung *unentdeckter* Tode wurde durch eine Pfarrerin aus Gelsenkirchen gegeben, die 2013 an die *Evangelische Hochschule* in Bochum herantrat, weil sie mehr über das vorherige Leben der Menschen erfahren wollte, für deren ordnungsamtliche Bestattung sie zuständig war (vgl. Hanussek/Loke 2022). Beim Sichten der Bestattungsdokumente war ihr aufgefallen, dass nicht wenige der Verstorbenen Wochen oder Monate nach deren Tod in den Wohnungen aufgefunden worden waren, und dass meist niemand zur Beisetzung der Verstorbenen mit Liegezeit erschien. Nicht nur der Zugang zu diesem brach liegenden Forschungsthema eröffnete sich durch den Anstoß aus der kirchlichen Praxis, sondern auch die weitere wissenschaftliche Erforschung wurde durch die fortbestehende Zusammenarbeit und durch den wechselseitigen Transfer befördert sowie die Evaluation diverser Praxisprojekte in die Konzipierung von Ansatzpunkten für die Handlungspraxis *unentdeckter* Tode eingeflossen ist (ebd.; vgl. Kapitel 10).

Die Anzahl der Arbeiten, die sich explizit mit dem Gegenstand befasst haben, ist überschaubar, so dass in die eigene Analyse des Forschungsstands alle bekannten und verfügbaren Untersuchungen bis zum Jahr 2019 einbezogen wurden (vgl. Kapitel 2.1). Die Auswertung verdeutlicht, dass es zur Empirie *unentdeckter* Tode auch für begrenzte Zeiträume oder Gebiete keine validen Datenerhebungen zur Auftretenshäufigkeit und quantitativen Entwicklung gibt[8]. Außerdem ist die Vergleichbarkeit der vorliegenden Untersuchungen wegen der Limitationen der verwendeten Datenquellen und der Stichprobenauswahl kaum gegeben. Mit Ausnahme zweier Studien (Smith/Larsen/Rosdahl 2001; Kakiuchi et al. 2019), die übereinstimmend den Anteil allein verstorbener Personen in den untersuchten Großstädten auf ca. 15 Prozent aller Todesfälle beziffern, sind keine Arbeiten bekannt, die die Anzahl der *unentdeckten* Todesfälle in Relation zu Referenzdaten der allgemeinen Sterbestatistik setzen.

Die bisherigen empirischen Ergebnisse hinsichtlich des statistischen Profils der *unentdeckt* Verstorbenen sind umfassender und eindeutiger. Die Mehrheit der Arbeiten sieht vor allem »alleinstehende« »Männer« gefährdet, nach »unterdurchschnittlicher Lebensdauer« unbemerkt zu versterben und nach längerer Liegezeit aufgefunden zu werden (z.B. Nilsson/Lögdberg 2008; Fukukawa 2011; Merz et al. 2012; Buster/Kiers/Das 2013; Buster et al. 2014; Geser et al. 2014; Satomu et al. 2015). Einige Arbeiten (z.B. Smith/Larsen/Rosdahl 2001; Hönigschnabl et al. 2002) erkennen auch für das höhere und hohe Alter ab 70 Jahren ein größeres Risiko und weisen auf veränderte Mehrheitsverhältnisse hinsichtlich des Geschlechts und des Familienstands der Verstorbenen.

7 Dahl (2016: 9) übersetzt »kodokushi« mit »einsamer Tod«.

8 Auch Fehn/Fringer 2018 bestätigen das Fehlen empirisch belegter Angaben zum Vorkommen »einsamer Tode«.

Explizit sind »ältere«, »verwitwete« »Frauen« bei Geser et al. (2014: 23) als weitere »Risikogruppe« erwähnt. Weitere Ergebnisse zum sozialen Hintergrund der Verstorbenen belegen Zusammenhänge mit unterschiedlichen psychosozialen Problematiken und die Zugehörigkeit zu einem sozial eher benachteiligten Milieu (z.B. Thiblin et al. 2004; Otani 2005; Byard/Tsokos 2007; Fieseler/Pfandzelt/Zinka 2010; Buster/Kiers/Das 2013; Buster et al. 2014; Kanawaku/Youkichi 2019).

Die Analyse des Forschungsstands zeigt auch, dass *unentdeckte* Tode und *einsames* Sterben in einem weiten Begründungszusammenhang verortet und inhaltlich mit verschiedenen gesellschaftlichen Entwicklungen und Problematiken verknüpft sind. Ein gehäuftes Auftreten wird

- nach Naturkatastrophen (Klinenberg 2001; Otani 2005; Kadoya 2005),
- im urbanen Kontext (z.B. Gurley et al. 1996; Smith/Larsen/Rosdahl 2001; Buster/Kiers/Das 2013; Buster et al. 2014; Kato et al. 2017),
- infolge der Erosion traditionaler gesellschaftlicher und familiärer Beziehungen bzw. infolge des abnehmenden gesellschaftlichen Zusammenhalts (Buster/Kiers/Das 2013; Kato et al. 2017), des sozialen Wandels und der soziodemographischen Entwicklung (Lee/Lee 2015; Nomura et al. 2016) ebenso angenommen wie
- im Zusammenhang mit Armut, Arbeitslosigkeit, psychischen Erkrankungen sowie mit strukturellen gesundheitlichen und sozialen Benachteiligungen (z.B. Kadoya 2005; Otani 2005; Nilsson/Lögdberg 2008; Fieseler/Pfandzelt/Zinka 2010, Merz et al. 2012, Kanawaku/Youkichi 2019).

Viele wissenschaftliche Arbeiten erwähnen zumindest nachgeordnet einzelne Präventionsmaßnahmen und Interventionen, meist jedoch ohne diese näher auszuführen. Zusammenfassend lassen sich die Vorschläge unter den folgenden Überschriften subsumieren: Stärkung der individuellen sozialen Netzwerke, Appelle an die Eigeninitiative der Betroffenen, Kontrolle und Schutz mittels elektronischer Überwachung, aufwertende Maßnahmen im Wohnumfeld und sozialstrukturelle Maßnahmen. Hiervon abweichend finden sich bei Dahl (2016), Loke (2019) und van den Hondel (2016), die den mehrstufigen Aktionsplan der Stadt Rotterdam gegen Einsamkeit vorstellt, komplexere Ausführungen zu möglichen Ansatzpunkten.

Unentdeckte Tode sind im medialen und gesellschaftspolitischen, aber auch im wissenschaftlichen Diskurs weitgehend ›unsichtbar‹. Es besteht eine immense Diskrepanz zwischen dem Hell- und dem Dunkelfeld. Dies gilt gleichermaßen für die Theorie als auch für die Empirie. Dieses grundlegende Forschungsdefizit soll durch die vorliegende theoretisch-empirische Untersuchung zumindest verringert und eine solide Grundlage für zukünftige sozialwissenschaftliche Analysen *unentdeckter* Tode geschaffen werden. Die theoretische Untersuchung möchte im Rückgriff auf thanatologische Erkenntnisse sowie Ergebnisse der Einsamkeitsforschung den Gesamtkontext *unentdeckter* Todesfälle erschließen und den Fokus auf die Ergründung der sozialen Hintergründe legen. Die empirische Untersuchung kombiniert quantitative und qualitative Forschung.

Die quantitative Erhebung bezieht sich auf 3.434 *unentdeckte* Todesfälle von insgesamt fast 71.000 Sterbefällen aus zwei nordrhein-westfälischen Großstädten. Die Datenauswertung dokumentiert die Auftretenshäufigkeit und die Entwicklung im

Zeitraum einer Dekade (2006–2016) und setzt diese in Relation zu allen Sterbefällen der Kommunen. Außerdem werden durch die Auswertung der erfassten Indikatoren (Geschlecht, Alter, Liegezeit, Todesalter, Geburts- und Sterbeort, Familienstand, Nachkommen, Religionszugehörigkeit) neben Bedingungszusammenhängen auch das statistische Profil der Personengruppe(n) *unentdeckt* Verstorbener identifiziert. Die Analyse der Postleitzahlen des privaten Sterbeorts zeigt darüber hinaus, dass sich die Todesfälle nicht gleichmäßig im Stadtgebiet verteilen, sondern dass in bestimmten innenstadtnahen Bereichen ein gehäuftes Auftreten festzustellen ist.

Die statistische Auswertung wird durch eine ›kleine‹ qualitative Sozialraumforschung ergänzt. Die Fall- und Feldforschung erfolgt in einem auf wenige Mietshäuser begrenzten Straßenteilstück, in welchem sich die *unentdeckten* Tode über Jahre häuften. Mittels externer Informationsquellen, strukturierter Begehungen und Beobachtungen sowie Befragungen der Bewohner:innenschaft werden die Lebensgeschichten und Hintergründe der Verstorbenen und der Lebenden nebeneinandergestellt. Insgesamt verdichtet sich so der Einblick in die Verhältnisse des Lebens, des Sterbens und des *unentdeckten* Todes in einem ›sterbenden‹ Sozialraum. Die Analyse veranschaulicht das komplexe Zusammenwirken der kontextualisierenden individuellen, gesellschaftlichen und sozialräumlichen Bedingungen.

Menschen sterben. Der Tod wird oft als »der große Gleichmacher« (Schneider 2006: 1; Ahn/Miczek/Rakow 2011: Klappentext) angeführt. Betreffen aber *unentdeckte* Tode tatsächlich alle Gesellschaftsmitglieder gleichermaßen? Dies erscheint auch deswegen zweifelhaft, da Sterben und Tod als Fortführung des Lebens zu sehen sind. So wie die Lebensumstände unterscheiden sich auch die Sterbens- und Todeskontexte erheblich. Die sozialen und psychischen Prozesse beim Sterben sind in besonderer Weise individuell, da hier biographische Erfahrungen, Persönlichkeitsmerkmale und Lebensgewohnheiten prägend sind (Trachsel/Maercker 2016: 9ff.). Elias (2002: 64) stellt die Art des Sterbens und das Empfinden der Sterbenden in einen Zusammenhang mit der persönlichen Sicht auf das gelebte Leben. Wenn dieses »erfüllt« und »sinnvoll« erlebt werde, so erleichtere dies auch das Sterben, und der Tod erscheine in stärkerem Maße ebenfalls »sinnvoll«. Die Einstellungen und Bewertungen des eigenen Lebens beeinflussen das individuelle Lebensende. Aber auch der soziale Kontext und die faktischen Lebensumstände nehmen Einfluss auf die Art des Sterbens. Die eigenen Ergebnisse belegen, dass sich der soziale Gradient am Lebensende dadurch ausdrückt, dass ›benachteiligte‹ Gruppen häufiger von einem *unentdeckten* Tod betroffen sind.

Der sozioökonomische Status ist ein wesentlicher Einflussfaktor. Daneben können durch die theoretische und empirische Untersuchung aber auch weitere Ursachen bzw. förderliche Bedingungen von Prozessen der Vereinsamung, sozialen Isolierung und der sozialen Exklusion sowie infolgedessen von *einsamem* Sterben und *unentdeckten* Toden abgeleitet werden. *Unentdeckte* Tode lassen sich nicht auf isolierte Ursachen zurückführen, sondern sind immer das Ergebnis des interdependenten Zusammenspiels ganz unterschiedlicher Faktoren und Bedingungen. Analytisch sind neben individuellen Voraussetzungen auch gesellschaftliche (soziokulturelle und sozialstrukturelle) Einflussfaktoren sowie die konkreten Bedingungen des nahen und lokalen bzw. kommunalen Sozi-

alraums als wesentliche Ebenen zu unterscheiden[9]. Um Einsamkeit, sozialer Exklusion und Isolation in der Handlungspraxis wirksam zu begegnen, ist es notwendig, den Gesamt-Kontext zu erfassen und zu analysieren. Auf dieser Basis können konkrete Präventions- und Interventionsmöglichkeiten entwickelt und lanciert werden, die an die Betroffenen bzw. ihr Umfeld oder auf die Gestaltung der Sozialräume bzw. der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gerichtet sind.

Das analytische Modell dieses Wechselwirkungsgefüges (vgl. Kapitel 10) verdeutlicht mögliche Verschränkungen des Risikos eines *unentdeckten* Todes und gibt Hinweise auf ›besonders gefährdete‹ Personengruppen bzw. Lebensverhältnisse. Für die Fachkräfte der Sozialen Arbeit und benachbarter Disziplinen, wie etwa der Sozialpsychiatrie oder der Sozialgerontologie, ergeben sich hieraus wichtige Hinweise zur fachlichen Neubewertung bzw. Nachjustierung auf konzeptioneller wie auch auf handlungspraktischer Ebene. Das Wissen über die Spezifika der Personengruppe und die Zusammenhänge eines unbegleiteten Versterbens und unbemerkten Todes sind unabdingbare Voraussetzungen für die Entwicklung wirksamer präventiver Maßnahmen oder Interventionen.

Diese Untersuchung möchte zur theoretischen und empirischen Grundlagenforschung beitragen sowie Empfehlungen für die Handlungspraxis zur Entwicklung von Strategien und Programmen gegen Einsamkeit, soziale Exklusion und soziale Isolation geben. Schlussendlich soll aber auch das Interesse an und die inhaltliche Auseinandersetzung mit der Thematik im wissenschaftlichen wie auch gesellschaftspolitischen Diskurs angeregt und das Bewusstsein und Engagement für menschenwürdige Lebens- und Sterbebedingungen vorangebracht werden.

1.2 Forschungsfragen und Zielsetzungen

Ziel dieser Arbeit ist es, den Gesamtkontext *einsamen* Sterbens und *unentdeckter* Tode zu explorieren. Es werden eine Vielzahl interdependent zusammenwirkender Faktoren bzw. Bedingungen angenommen, die vier analytischen Dimensionen zugeordnet werden: 1. Individuelle Ebene, 2. gesellschaftliche (soziokulturelle und sozialstrukturelle) Ebene, 3. die Ebene des nahen und 4. die Ebene des lokalen bzw. kommunalen Sozialraums. Vor dem Hintergrund des breiten Erkenntnisinteresses lautet die leitende Forschungsfrage: Welche Bedingungen in der Lebenslage begünstigen Prozesse der Vereinzelung, der Vereinsamung, der sozialen Exklusion und als Folgen auch ein *einsames* Sterben und einen *unentdeckten* Tod?

Lebenslage wird hier definiert als die Gesamtheit der immateriellen (z.B. Gesundheit, Bildung, soziale Beziehungen) und materiellen Bedingungen (z.B. Einkommen, Erwerbsbeteiligung, Wohnen, soziale Infrastruktur), durch die die Lebenssituation von Personen oder Gruppen beeinflusst wird. Damit sind sowohl sozialstrukturelle Bedingungen als auch subjektive Dimensionen angesprochen (Mogge-Grotjahn 2012:

---

9 In dieser Arbeit wird ein relationales Verständnis zugrunde gelegt, nach welchem der physisch-materielle Raum »das Ergebnis menschlichen Handelns« darstellt (Kessl/Reutlinger 2007: 23), und die sozialen und räumlichen Bedingungen eng miteinander verwoben sind (ebd.: 23ff.).

53)[10]. Mittels dieses Ansatzes lassen sich Lebensverhältnisse in mehrdimensionaler Perspektive differenziert betrachten und vergleichen. Die Lebenslage wird dabei in den verschiedenen Dimensionen ebenso wie in deren Wechselwirkungen erfasst und analysiert, um mögliche Handlungs- bzw. Teilhabechancen oder -beeinträchtigungen zu erheben (Engels 2006: 8f.). Der Fokus liegt auf der Analyse der Lebenslagedimensionen samt den Interdependenzen, welche die soziale Teilhabe und Teilnahme beeinflussen.

Der leitenden Forschungsfrage sind verschiedene Fragestellungen untergeordnet, die der Systematisierung des Forschungsstandes im zweiten Kapitel folgen.

1. Empirie

Wie viele Personen versterben jährlich in ihrem privaten Wohnumfeld *unentdeckt*? Wie hoch ist deren Anteil am Gesamt der Sterbefälle einer Stadt bzw. an den Sterbefällen des privaten Raums? Wie hat sich die Anzahl der *unentdeckt* verstorbenen Personen im Zeitraum 2006 bis 2016 in den beiden Untersuchungskommunen entwickelt? Weisen die Zahlen in ihrem Verlauf auf ein gleichbleibendes Niveau, eine Zunahme, Abnahme oder sind Schwankungen zu beobachten?

Repräsentative Erhebungen und amtliche Statistiken zur Auftretenshäufigkeit (Inzidenz) und zur quantitativen Entwicklung fehlen (vgl. Kapitel 2.1). Es liegen auch keine aussagekräftigen Längs- und Querschnittsuntersuchungen vor, die das Verhältnis *unentdeckter* Tode zu den allgemeinen Sterblichkeitsverhältnissen differenziert abbilden. Eine Häufung im urbanen Kontext ist belegt und auch, dass die konkreten sozialen bzw. sozialinfrastrukturellen Bedingungen das Vorkommen positiv oder negativ beeinflussen können.

Die eigene quantitative Erhebung zielt erstmalig auf eine solide, empirisch fundierte Basis für die Forschung. Die Analyse bezieht sich auf zwei Großstädte in Nordrhein-Westfalen. Alle ca. 71.000 Sterbefälle der Jahre 2006 bis 2016 in den beiden Kommunen wurden gesichtet und die Daten der 3.434 *unentdeckten* Todesfälle mit einer Liegezeit von mindestens zwölf Stunden an zwei aufeinanderfolgenden Tagen erhoben und ausgewertet.

10 Das *Konzept der Lebenslage* geht in seinen Ursprüngen auf Otto Neurath und Gerhard Weisser zurück, die zu Beginn des 20. Jahrhunderts bzw. nach dem zweiten Weltkrieg forderten, die Lebensverhältnisse in ihren vielschichtigen Dimensionen und Interdependenzen wahrzunehmen und nicht nur in einer verengten Perspektive auf die Einkommenssituation. Die beiden Ansätze folgten unterschiedliche Akzentuierungen: Neurath betonte »die Mehrdimensionalität der Lebensumstände und deren subjektive Perzeption« (Engels 2006: 3), Weisser unterstrich stärker die »Handlungsmöglichkeiten zur Realisierung von Lebenschancen« (ebd.). Weisser definiert Lebenslage als »Spielraum, den einem Menschen (einer Gruppe von Menschen) die äußeren Umstände nachhaltig für die Befriedigung der Interessen bieten, die den Sinn seines Lebens bestimmen« (Weisser 1956: 986). Ähnlich akzentuierte Annahmen liegen auch dem *Capability Approach* nach Amartya Sen bzw. dem *Capabilities Approach* nach Martha Nussbaum zugrunde, welche ab 1979 entwickelt wurden. Das Lebenslagen-Konzept wird beispielsweise in der Sozialberichterstattung oder in der Armutsforschung wie auch in der Erforschung der gesundheitlichen Ungleichheit zugrunde gelegt.

2. Statistisches Profil

Wer verstirbt *unentdeckt*? Welche Merkmale weist die Personengruppe auf? Lassen sich Muster erkennen? Der Forschungsstand belegt, dass die meisten *unentdeckt* Verstorbenen ledige Männer mittleren Alters sind. Daneben zeigen sich Zusammenhänge, die auf einen Anstieg der *unentdeckt* verstorbenen Frauen und wechselnde Häufigkeitsverteilungen des Geschlechts mit steigendem Lebensalter weisen.

Die eigene Untersuchung kann durch die Analyse der Indikatoren (Geschlecht, Todesalter, Liegezeit, Geburts- und Sterbeort, Familienstand, Nachkommen und Religionszugehörigkeit) auch klären, ob es eine oder mehrere ›Risikogruppen‹ gibt und wie deren statistische Profile zu charakterisieren sind.

Der Forschungsstand weist auf Abweichungen von den Durchschnittswerten abhängig von der Liegezeit. Um dies zu überprüfen, erfolgt die statistische Analyse getrennt für zwei Gruppen der *unentdeckt* Verstorbenen: einerseits für die Gesamtgruppe und andererseits für die Teilgruppe mit einer Liegezeit von mehr als sieben Tagen.

3. Soziale Hintergründe

Wie lässt sich die dominierende soziale Lage der Verstorbenen charakterisieren, und welche sozialen Bedingungen fördern ein *einsames* Sterben und einen *unentdeckten* Tod? Warum versterben Menschen *unentdeckt*? Ist hierfür vor allem die soziale Armut (i.S. eines Mangels an sozialen Kontakten) oder die ökonomische Armut oder aber die Verschränkung der beiden Formen bedeutsam?

Der Forschungsstand verweist auf Zusammenhänge zwischen *unentdeckten* Toden und einem ›kritischen‹ Gesundheits-, Erwerbs- und Sozialstatus der Verstorbenen sowie mit psychosozialen Problematiken, wobei die kausale Beziehung nicht eindeutig bestimmt ist. Auch die Wohnverhältnisse werden als ein Faktor genannt, welcher die sozialen Prozesse der Betroffenen beeinflussen kann.

Der sozioökonomische Status (Einkommen, Beruf, Bildungsabschluss) sowie weitere Lebenslagedimensionen (z.B. soziale Kontakte, Gesundheit, Wohnen) können durch die statistische Auswertung von Personenstandsdaten nur indirekt und eingeschränkt beleuchtet werden. Diesbezügliche Zusammenhänge werden daher in stärkerem Maße in der theoretischen Untersuchung und in der qualitativen Sozialraumforschung hinterfragt und dargelegt.

Die allgemeine soziale Lage und die soziale Einbindung der Verstorbenen können durch die quantitative Untersuchung indirekt abgeleitet werden. Erstens erlaubt die Dauer der Liegezeit Rückschlüsse auf die soziale Einbindung der Verstorbenen und zweitens ist über die Auswertung der Postleitzahlen der Sterbeorte zumindest eine grobe Einschätzung der sozialstrukturellen Lebens- und Sterbeverhältnisse möglich.

Die qualitative Sozialraumforschung veranschaulicht exemplarisch die sozialen Hintergründe einzelner *unentdeckt* Verstorbener und ihrer Nachbar:innenschaft sowie mögliche exklusionsförderliche Bedingungen in einem Sozialraum mit gehäuftem Auftreten *unentdeckter* Tode.

Die theoretischen Ausführungen zu thanatologischen Aspekten und zur Einsamkeitsforschung dienen ebenfalls der Identifizierung möglicher Einflussfaktoren und der Zusammenhänge.

4. Präventionsmaßnahmen und Interventionen
Welche Maßnahmen sind geeignet, *einsames* Sterben und *unentdeckte* Tode zu verhindern?

Die vorliegenden Forschungsarbeiten benennen meist einzelne Maßnahmen, die als geeignet angesehen werden, *einsames* Sterben und *unentdeckte* Tode zu verhindern. Umfassendere Maßnahmen zielen auf die Stärkung des gesellschaftlichen Zusammenhalts und gegen Einsamkeit, lassen aber den Bezug auf das Lebensende – zumindest in den offiziellen Veröffentlichungen – unerwähnt.

Die benannten Maßnahmen sollen durch weitere aus der theoretisch-empirischen Untersuchung abgeleitete Vorschläge ergänzt werden. Nach der Sammlung ist es notwendig, eine Bewertung der Effektivität und Effizienz vorzunehmen und dann die für die Prävention und Intervention von *einsamem* Sterben und *unentdeckten* Toden entscheidenden Maßnahmen hervorzuheben und in einem eigenen Analysemodell zu integrieren.

In diesem Entwurf werden die Mikro- und die Makroebene sowie die Mesoebene des Sozialraums berücksichtigt. Wesentlich ist der Einbezug der konkreten sozialräumlichen bzw. sozialstrukturellen Lebensbedingungen, welche die sozialen Prozesse und ebenso *unentdecktes* Sterben ›positiv‹ wie ›negativ‹ beeinflussen können. In Summe sind durch die Bestimmung der ›förderlichen‹ Faktoren und Bedingungen auf den verschiedenen Ebenen Rückschlüsse auf ›besonders gefährdete‹ Personengruppen wie auch auf ›besonders gefährdende‹ Orte, an denen sich die Todesfälle häufen, möglich.

Aus den Ergebnissen sollen schließlich grobe Handlungsempfehlungen für die Anwendungspraxis abgeleitet werden. Die systematische Zuordnung der Präventionsmaßnahmen und Interventionen erleichtert die Konzipierung bzw. Nachjustierung von Einzel-, Gruppen- oder sozialraumorientierter Unterstützung und kommunalen Handlungsprogrammen. Das Modell berücksichtigt die vielfältigen Interdependenzen und vermeidet vereinfachende Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge. Dies geschieht auch, um der Stigmatisierung und Diskriminierung der sogenannten ›Risikogruppen‹ entgegenzuwirken sowie die Insuffizienz isolierter Begründungen und Lösungsvorschläge – wie beispielsweise Appelle an die Eigenverantwortlichkeit – zu verdeutlichen. Einsamkeit, soziale Isolation wie Exklusion sowie *einsames* Sterben und *unentdeckte* Tode sollten nicht vorschnell als Folge ›eigenverschuldeter‹ psychosozialer Problematiken ausgemacht, sondern immer im Gesamtbedingungsgefüge aller möglichen Einflussfaktoren betrachtet werden.

1.3 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich inhaltlich in vier Teile: 1. Einleitung, 2. Theoriebezüge, 3. empirische Untersuchungen sowie 4. Sammlung und Bewertung der Ergebnisse, Integration in ein anwendungsbezogenes Modell und Schlussbetrachtung.

Die Einführung des ersten Kapitels endet mit einer kritischen Betrachtung und Begründung der im Titel der Arbeit verwendeten Begriffe *unentdeckte* Tode und *einsames* Sterben. Durch die Erläuterungen wird auch die Wahl der Theoriebezüge ›Thanatologie und Einsamkeitsforschung, gestützt. Das zweite Kapitel des ersten Teils gibt einen Ein-

blick in den internationalen Forschungsstand, systematisiert die bisherigen Ergebnisse und Hinweise unter relevanten Fragestellungen, auf welche auch in den eigenen empirischen Untersuchungen Bezug genommen wird. Die Forschungslücken und -perspektiven werden aufgezeigt, das persönliche Erkenntnisinteresse präzisiert und abschließend die gewählte Vorgehensweise samt den Forschungsmethoden dargestellt.

In Ermangelung einer eigenständigen Forschung zum Gegenstand befassen sich die Theoriekapitel der Arbeit (Kapitel 3, 4, 5 und 6) mit den immanenten Themenkomplexen – Sterben und Tod sowie Einsamkeit. Aus den theoretischen Erkenntnissen und empirischen Ergebnissen der interdisziplinär ausgerichteten Thanatologie und Einsamkeitsforschung lassen sich Rückschlüsse für das Forschungsfeld des *einsamen* Sterbens und der *unentdeckten* Tode ableiten, die das allgemeine Verständnis vertiefen sowie die Erklärung und Interpretation der eigenen Untersuchungen fundieren bzw. ergänzen.

Das dritte Kapitel erläutert grundlegende thanatologische Aspekte wie das Konzept der differenzierten Betrachtung von Sterben und Tod (Feldmann 2010b: 63f; Wittwer/Schäfer/Frewer 2010). Außerdem werden die verschiedenen Sterbeorte hinsichtlich ihrer faktischen Bedeutung und normativen Bewertung verglichen und die Spezifika des unbegleiteten Sterbens im eigenen Zuhause – wie beispielsweise verstärkte Gefühle der Einsamkeit und der Verlassenheit – herausgestellt. Die nächsten beiden Unterkapitel beschreiben die soziodemographischen Sterblichkeitsverhältnisse in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Ungleichheit am Lebensende und der geschlechtsspezifischen Unterschiede[11]. In einem weiteren Abschnitt werden die Unterschiede der sozialen Netzwerke und der Beziehungsgestaltung von Frauen und Männern wie auch deren Folgen für die (*einsame*) Sterbephase und den (*unentdeckten*) Tod herausgearbeitet.

Das vierte Kapitel betrachtet die Unterschiede im gesellschaftlichen Umgang mit *einsamem* Sterben und *unentdecktem* Tod und wählt hierzu vier Schwerpunktsetzungen. *Unentdeckte* Tode werden in den Medien durch Beschränkung auf Extremfälle skandalisiert, in der Sozialverwaltung bürokratisch und standardisiert abgewickelt und unterliegen spezifischen soziokulturellen Prägungen wie der (Be-)Deutungswandel des »einsamen Todes« in Japan zeigt. Das vierte Unterkapitel nimmt Bezug auf gesellschaftliche Entwicklungen des letzten Jahrhunderts, die den Umgang mit (*einsamem*) Sterben und (*unentdecktem*) Tod verändert haben und hinterfragt die Gründe für den ›zurückhaltenden‹ Umgang mit dem eigenen und dem fremden Sterben und Tod.

Der Arbeit liegt die Annahme zugrunde, dass *unentdeckten* Toden vielfach ein *einsames* Sterben vorweg gegangen ist. Da diese Behauptung nicht durch Erfahrung zu verifizieren ist, erfolgt die theoretische und empirische Plausibilisierung durch die ausführliche Darlegung der Einsamkeitsforschung. In Kapitel 5 wird die subjektive Dimension der Einsamkeit in den Vordergrund gestellt und unter anderem die Schwierigkeiten des

11 Soziale Gleichheit bedeutet, dass alle Menschen – unabhängig von ethnischen, milieuspezifischen, körperbezogenen, geschlechtlichen oder religiösen Merkmalen – gleichberechtigten Zugang zu wichtigen gesellschaftlichen immateriellen und materiellen Ressourcen haben (Kuhlmann/Mogge-Grotjahn/Balz 2018: 73f.). Soziale Ungleichheit liegt dann vor, wenn bestimmten Personen(-gruppen) systematisch bzw. strukturell der Zugang zu Gütern und Ressourcen nur eingeschränkt möglich ist oder verwehrt wird (ebd.).

empirischen Zugangs wie auch die gesundheitlichen Auswirkungen erörtert. In Kapitel 6 steht die soziale Dimension der Einsamkeit im Mittelpunkt der Betrachtung. Die soziologische Beschäftigung mit der Einsamkeit wird anhand dreier Ansätze (Weiss 1973; Puls 1989; Bohn 2006) veranschaulicht. Nach der Darlegung der Charakteristika mikro- und makrosoziologischer Ansätze der Einsamkeit werden die Interdependenzen zwischen der Individual- und der Gesellschaftsebene skizziert. Abschließend verdeutlicht der durch einen »turn away« gekennzeichnet gesellschaftliche Umgang mit Einsamkeit, wie insbesondere chronisch einsame Personen ›unsichtbar‹ werden und ihr Tod *unentdeckt* bleibt.

Kapitel 7, 8 und 9 fassen die Ergebnisse und Hinweise der quantitativen und qualitativen Forschung zusammen, interpretieren und verorten diese in übergeordneten sozialwissenschaftlichen Zusammenhängen.

Das zehnte Kapitel sammelt alle in der Arbeit abgeleiteten Faktoren bzw. Bedingungen, die ein *einsames* Sterben und *unentdeckte* Tode beeinflussen können und integriert diese in ein analytisches Modell. Die Schlussbetrachtung fasst die wesentlichen Erkenntnisse zur sozialen Ungleichheit am Lebensende in Bezug auf den Sterbeort des eigenen Zuhauses zusammen[12], bilanziert den Mehrwert der Arbeit und zeigt mögliche Forschungsperspektiven auf.

1.4 Die Begriffe ›unentdeckte Tode‹ und ›einsames Sterben‹

Die Begriffe ›unentdeckte Tode‹ und ›einsames Sterben‹ nehmen Bezug auf zwei übergeordnete Themenkomplexe – Sterben und Tod sowie Einsamkeit – und auf die entsprechenden Disziplinen bzw. Forschungsrichtungen der Thanatologie und der Einsamkeitsforschung. Die soziale Gefühlslage der Einsamkeit weist Unterschiede wie auch Übereinstimmungen mit weiteren sozialen Phänomenen – und zwar Alleinsein, soziale Isolation, soziale Exklusion und soziales Sterben – auf. Alle diese Termini sind begrifflich und hinsichtlich des jeweiligen äußeren Erscheinungsbildes präzise zu unterscheiden. Dasselbe gilt auch für das Begriffspaar Sterben und Tod. Im Weiteren erfolgt zunächst eine erste Bestimmung, differenzierte Erläuterungen schließen sich in den entsprechenden Kapiteln an.

Die gewählten Bezeichnungen ›unentdeckte Tode‹ und ›einsames Sterben‹ sind nicht unproblematisch. In sprachlogischer Sicht ist die Bezeichnung ›unentdeckt‹ ein Widerspruch in sich: Die berichteten Todesfälle sind ja ›entdeckt‹, wenn auch verspätet. Der Terminus ›einsam‹ zur Charakterisierung des Sterbeprozesses könnte ebenso in Frage gestellt werden. Streng genommen – und in Verpflichtung zu werturteilsfreiem wissenschaftlichem Arbeiten – müssten Begriffe zugrunde gelegt werden, die allein auf die objektiven Sterbens- und Todesumstände abheben. Die subjektive Perspektive der Ster-

12 Hedinger (2016) konstatiert soziale Ungleichheit für das Lebensende – allerdings in Bezug auf institutionelle Sterbeorte. Auch Schnabel (2013: 206ff.) weist auf die soziale Ungleichheit am Lebensende im institutionellen Kontext und hebt hervor, dass vor allem sozial benachteiligte Personen von einem »einsamen« und »fremdbestimmten« Tod betroffen sind.

benden ist posthum nicht zu erheben, und mit der Kennzeichnung ›einsam‹ ist auch das Risiko der ›Entsachlichung‹ und Emotionalisierung der Thematik verbunden.

Dieser Logik folgend wären sachlich angemessene Zu- oder Umschreibungen wie »unbegleitete und zunächst unbemerkte Tode« oder »Tode allein verstorbener Personen« zu verwenden. Da jedoch sowohl die psychosozialen Belastungen der meisten Sterbenden als auch die Todesumstände sowie der postmortale Umgang mit diesen Todesfällen als äußerst außergewöhnlich eingeschätzt werden, soll dieser Hervorhebung durch die verwandten Bezeichnungen entsprochen werden.

Der Terminus ›unentdeckte Tode‹ wird auch verwendet, um an die vorangegangenen Untersuchungen unter dieser Überschrift anzuschließen (Geser et al. 2014; Loke 2019). Des Weiteren zeichnet sich der Begriff ›unentdeckt‹ dadurch aus, dass er auf die Situation nach Todeseintritt Bezug nimmt und den Umgang des sozialen Umfelds mit dem einzelnen Todesfall einschließt. Der Begriff ›unentdeckt‹ ist gut geeignet, auf die besonderen postmortalen sozialen Umstände hinzuweisen.

Die Varianz der Liegezeit – der Zeitspanne zwischen vermutetem Todeseintritt und Auffindung – lässt in der Interpretation, zumindest tendenziell, unterschiedliche Rückschlüsse auf die soziale Einbindung zu. Es liegt nahe, dass Verstorbene, deren Tod binnen weniger Tage infolge einer gezielten Kontaktaufnahme bemerkt wird, quantitativ und/oder qualitativ andere Sozialbeziehungen unterhalten als diejenigen Verstorbenen, die nach Wochen oder Monaten zufällig ›entdeckt‹ werden.

Die Attribution ›einsam‹ bezieht sich auf die Sterbephase. Der Begriff ›einsames Sterben‹ deutet an, dass die physischen, psychischen und sozialen Prozesse des Lebensendes allein und ohne Unterstützung bewältigt werden müssen. Die (angenommene) Gefühlslage weist darauf hin, dass die Betroffenen das physische Alleinsein nicht bewusst gesucht haben, sondern dass diese die soziale Isolation und das auf-sich-selbst-zurückgeworfen-Sein als Mangel und Belastung erleben. Die (unterstellte) subjektive Befindlichkeit der Einsamkeit lässt sich posthum nicht belegen, da es sich um eine forschungspraktische Unmöglichkeit handelt. Es ist aber möglich, diese Behauptung theoretisch zu plausibilisieren und mit empirischen Ergebnissen zu untermauern.

In der Verknüpfung berücksichtigen die Begriffe des ›einsamen Sterbens‹ und des ›unentdeckten Todes‹ sowohl die subjektive Perspektive der Sterbenden als auch die jeweiligen objektiven Lebens-, Sterbens- und Todeskontexte. Die gleichzeitige Beachtung der prä-, peri- und postmortalen Situation scheint auch deswegen schlüssig, da es oft Parallelen und Fortführungen hinsichtlich des sozialen Handelns gibt: Wenn eine Person zeitlebens zahlreiche und intensive soziale Kontakte unterhalten hat, ist auch am Lebensende eine Begleitung durch das soziale Umfeld wahrscheinlich. Demgegenüber mutet es ebenso plausibel an, dass Personen, die eher zurückgezogen gelebt und nur seltene bzw. oberflächliche Kontakte unterhalten haben, vermutlich ein höheres Risiko tragen, allein und längerfristig *unentdeckt* zu versterben. Shneidman (1977, zit.n. Samarel 2003: 137) hebt hervor, dass das Sterben als belastendes Lebensereignis in derselben Art und Weise wie frühere Krisen bewältigt wird. Die Sterbeweise entspricht also der Lebensweise und den bevorzugten Handlungs- bzw. Bewältigungsmustern (vgl. Wittkowski 2003: 274).

Die grundlegenden Eigenschaften der Sozialität und der Soziabilität prägen die Gestaltung der sozialen Beziehungen zu Lebzeiten, sowie darüber hinaus auch in der Ster-

bephase und finden schließlich ihren tendenziellen Ausdruck im früheren oder späteren Zeitpunkt der Auffindung[13]. Das soziale Handeln ist mit einem subjektiven Sinn verknüpft, welcher interaktiv hergestellt wird. Der Symbolische Interaktionismus gründet auf der Theorie, dass Reaktionen auf die Interaktionen anderer als Verhaltensinterpretationen anzusehen sind, welche wiederum von anderen entsprechend gedeutet werden. Die Reaktionsmuster und die interaktiv erzeugten Sinnzuweisungen unterscheiden sich abhängig von der sozialen Einbindung (Esser 1993: 173ff.). Sehr zurückgezogen lebende oder sozial isolierte Personen, die nicht im ständigen Austausch mit anderen stehen, neigen zu einer Verfestigung der Überzeugungen, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen. Wenn die Betroffenen ihre soziale Situation als belastend empfinden, besteht insbesondere mit zunehmender Dauer die Gefahr, dass diese der »abwärts gerichteten Spirale der Einsamkeit« (Rubenstein/Shaver 1982, zit.n. Puls 1989: 257f) nicht mehr entrinnen können und in den eigenen negativen Überzeugungen und Handlungsweisen ›gefangen‹ bleiben. Dies kann auch dazu führen, dass selbst in Notfallsituationen keine Unterstützung gesucht wird. Der »Teufelskreis« chronischer Einsamkeit (Cacioppo/Patrick 2011: 222f.; Cacioppo et al. 2015) geht mit dysfunktionalen, die Einsamkeit verstärkenden Bewältigungsstrategien einher. Weder sind die Betroffenen zu Eigeninitiative und Selbsthilfe in der Lage, noch verfügen sie über die soziale Unterstützung durch andere. Infolgedessen können *unentdeckte* Tode mit höheren Liegezeiten die manifesten Folgen einer von Einsamkeit und sozialer Isolation geprägten Lebenssituation sein.

Die allgemeine Behandlung der beiden Themenkomplexe – Tod und Sterben sowie Einsamkeit, Alleinsein, soziale Isolation, soziale Exklusion und soziales Sterben – neigt zu begrifflichen Unschärfen: Sterben und Tod: werden nicht immer theoretisch und phänomenspezifisch präzise voneinander abgegrenzt. Ebenso werden die Termini Einsamkeit, Alleinsein, soziale Isolation, soziales Sterben und soziale Exklusion nicht immer differenziert, durchgängig und einheitlich verwandt.

Mit den Bezeichnungen sind ähnliche, aber nicht identische soziale Phänomene angesprochen. Trotz inhaltlicher und/oder Übereinstimmungen im äußeren Erscheinungsbild ist es wichtig, die Begriffe nuanciert zu verwenden. Die Zustände ›Alleinsein‹, ›Einsamkeit‹, ›soziale Isolation‹, ›soziales Sterben‹ und ›soziale Exklusion‹ können, müssen aber nicht zusammenfallen. Das physische Alleinsein kann positiv oder negativ konnotiert sein. Ein angenehm erlebtes »Für-sich-Sein« (Elbing 1991: 7) kann vom negativ bewerteten und belastenden Gefühl der Einsamkeit – im Sinne eines mangelhaft empfundenen Eingebundenseins – unterschieden werden. Das Empfinden von Einsamkeit kann infolge andauernder sehr weniger und seltener sozialer Kontakte auftreten oder das flüchtige Gefühl der Verlorenheit inmitten vieler anderer bezeichnen (Buba/Weiß 2003: 16). Einsame Personen vermissen den »emotionalen« Kontakt zu engen Bezugspersonen und/oder »soziale« Kontakte zu anderen (Weiss 1973[14]). Der

13 Esser (1993: 161) definiert Sozialität als »die Angewiesenheit auf […] soziale Unterstützung, auf soziale Anerkennung, auf sozial vermittelte Orientierung und eine fortlaufende soziale Verhaltensbestätigung über soziale Interaktionen« und Soziabilität als »Fähigkeit zur Aufnahme und zum Erhalt von Beziehungen«.

14 Weiss (1973) zwischen einer »Einsamkeit der emotionalen Isolation« und einer »Einsamkeit der sozialen Isolation«. Das Gefühl der Einsamkeit resultiert im ersten Fall aus dem Fehlen einer engen

Begriff der sozialen Isolation bezieht sich dagegen nicht auf den subjektiven, sondern auf den objektiven Aspekt der sozialen Lage. Soziale Isolation wird an dem messbaren Faktor der Netzwerkgröße sowie der Häufigkeit und Art der sozialen Kontakte festgemacht (Buba/Weiß 2003: 14). Der Begriff des sozialen Sterbens wird in der Literatur unterschiedlich verwendet (vgl. Kapitel 3.1) und bezieht sich – allgemein formuliert – auf »alle Formen einer auferlegten Minderung der Teilhabe am sozialen Leben« (Fuchs-Heinritz 2010: 134). In dieser breiten Auslegung sind damit vielfältige individuelle Beeinträchtigungen der sozialen Interaktionen und Kommunikationen angesprochen. Der Begriff der sozialen Exklusion geht darüber hinaus und nimmt Bezug auf das Gesamt gesellschaftlicher Teilhabemöglichkeiten und weist auf eingeschränkte Zugangs- und Gestaltungsoptionen für die Verwirklichung eines »guten Lebens« respektive einer ›guten‹ sozialen Einbindung in die Gesellschaft (Kuhlmann/Mogge-Grotjahn/Balz 2018: 12). Soziale Exklusion kann sich auf unterschiedliche materielle oder immaterielle Dimensionen in der Lebenslage beziehen wie z.B. Wohnen, Gesundheit, Beteiligung an sozialen Netzwerken, gesellschaftliche Positionen, Arbeit oder Bildung (Häußermann/Kronauer 2005: 598).

Im Allgemeinen bezeichnet das physische Sterben die finale Lebensphase, und der biologische Tod bedeutet das unwiderrufliche Lebensende. Sterben ist ein prozessuales – prinzipiell reversibles – Geschehen, wohingegen mit Tod ein irreversibler Zustand definiert ist (vgl. Wittkowski/Strenge 2011: 31). Sterben meint Leben, vielleicht mit der Ahnung oder auch der Gewissheit verbunden, dass die Spanne bis zum Eintritt des Todes deutlich kürzer ist als bei den meisten anderen Menschen. Totsein bedeutet das Fehlen jeglichen psycho-physischen Lebens (ebd.).

Definitionen des Lebens, Sterbens und des Todes beruhen nicht allein auf naturwissenschaftlichen Tatsachen (ebd.: 64), sondern folgen normativen Setzungen, die kulturell vermittelt und von den jeweiligen gesellschaftlichen Bedingungen beeinflusst sind (Feldmann 2010a: 19f.; Wittkowski/Strenge 2011: 62). Ein differenziertes Sterbekonzept, wie es dieser Arbeit zugrunde liegt, betrachtet Sterben und Tod nicht nur unter biologischem, sondern auch unter psychischem und sozialem Aspekt (Feldmann 2010a: 18ff.; Wittwer/Schäfer/Frewer 2010; Bromley 1974: 267, zit.n. Wittkowski/Strenge 2011: 41).

Das soziale Sterben des Einzelnen drückt sich in einer Einschränkung der individuellen sozialen Teilhabe bzw. der sozialen Interaktionen und Kommunikationen aus. Der Betreffende kann selber darauf verzichten mit anderen aktiv zu kommunizieren, und/oder die anderen unterlassen es, direkten Kontakt zu diesem aufzunehmen. Der Prozess des ›Hinaussterbens‹ bzw. ›Herausgestorben-Werdens‹ kann zeitlich gesehen weit vor dem physischen Sterben begonnen haben.

Unentdeckte Tode mit höheren Liegezeiten verweisen tendenziell darauf, dass die Verstorbenen bereits vor ihrem physischen Tod weitestgehend aus dem sozialen Gedächtnis herausgelöst waren, dass der soziale Tod bereits eingetreten war oder die Prozesse des sozialen ›Hinaussterbens‹ bzw. ›Herausgestorben-worden-Seins‹ weit fortgeschritten waren (vgl. Feldmann 2010a: 135; Weber 1994: 234f.). Unklar bleibt, ob die Verstor-

---

Vertrauensperson und im zweiten Fall aus der mangelhaften Integration in ein soziales Netzwerk aus Freund:innen- und Bekanntschaften (vgl. Kapitel 6.2.1).

benen den Prozess der sozialen ›Loslösung‹ bzw. ›Ablösung‹ aktiv und selbstbestimmt gesucht haben, oder ob deren Kontaktangebote an Andere ohne Resonanz blieben.

Aufgrund der Mehrdimensionalität von Tod und Sterben müssen weder das physische, psychische und soziale Sterben noch der physische, psychische und soziale Tod zeitlich und/oder örtlich/sozialräumlich zusammenfallen[15]. Tod und Leben können auf unterschiedlichen Ebenen gleichzeitig existieren. Demzufolge sind Aussagen, die gegen die Alltagserfahrung zu stehen scheinen, gerechtfertigt: »Sterben kann man überleben, und aus dem Leben scheiden kann man ohne zu sterben« (Wittkowski/Strenge 2011: 223). In Bezug auf *unentdeckte* Tode ließe sich ergänzen: Sterben kann man vor dem Tod, und wenn man aus dem Leben scheidet, kann man schon tot sein.

15 Verschiedene Autor:innen vertreten die Ansicht, dass ein ›gutes‹ Sterben durch die Synchronizität von sozialem und physischem Sterben gekennzeichnet ist (Feldmann 1990: 228; Feldmann 1997: 93; Wittkowski/Strenge 2011: 36 verweisen auch auf: Dreßke 2005: 225; Göckenjan/Dreßke 2002; Kellehear 1990; Streckeisen 2001: 99 und 117).

2. Forschungsstand und Untersuchungsdesign

Unentdeckte Tode sind ein im öffentlichen, politischen, medialen und wissenschaftlichen Diskurs randständig behandeltes Thema. Das grundlegende Wissens- und Forschungsdefizit soll durch die eigene Untersuchung verringert werden. Die theoretisch-empirische Untersuchung will den Gegenstand umfassend explorieren und lässt sich dabei von grundlegenden Fragestellungen leiten: Wie viele Personen versterben *unentdeckt*? Wer verstirbt *unentdeckt*? Wo versterben Personen *unentdeckt*? Wie lassen sich die Lebenslage und vor allem die soziale Einbindung der Verstorbenen charakterisieren? Warum versterben Personen *unentdeck*t? Welche Präventionsmaßnahmen und Intervention sind geeignet, *einsames* Sterben und *unentdeckte* Tode zu verhindern? Die Herangehensweise in diesem Kapitel folgt dem Ziel, zunächst den Forschungsstand inklusive der Desiderata zu bestimmen, dann das eigene Forschungsinteresse zu akzentuieren und abschließend das hieraus abgeleitete Untersuchungsdesign vorzustellen.

2.1 Forschungsstand

Im Folgenden wird der Forschungsstand zum Phänomen des unbegleiteten Sterbens in Verbindung mit zeitverzögerter ›Entdeckung‹ des Todeseintritts durch das soziale Umfeld in seinen Hauptlinien erfasst und beurteilt. Dieses Tableau des aktuellen Wissensstandes verdeutlicht die bisherigen Forschungsfokusse und Ansatzpunkte der Untersuchungen, lässt aber auch die Forschungslücken und weitergehende Forschungsfragen hervortreten. Hieran anknüpfend führt die Darstellung des Literaturstands zu den Hauptfragestellungen der Arbeit.

Die Literaturrecherche ist dadurch erschwert, dass es für den Untersuchungsgegenstand keine einheitliche Bezeichnung gibt, sondern dass die Begriffe professionsspezifisch differieren. Neben feststehenden Termini finden sich auch Umschreibungen, welche die besonderen Todesumstände näher zu bestimmen suchen. Wissenschaftliche Publikationen verwenden die Begriffe »Wohnungsleiche«, »domestic-setting corpse«, »einsamer Tod«, »lonely death«, »solitary death«, »isolated death«, »death alone«, »kodoku-

shi«[1], »unentdeckte Tode« sowie Kombinationen der benannten Termini. Seltener finden sich Deskriptionen wie »Tode mit langer Liegezeit«, »Tode mit verlängertem postmortalem (Liege-)Intervall« (»post mortem interval«, abgekürzt: PMI).

Mit der Begriffswahl sind nicht nur differente disziplinäre Präferenzen und Perspektiven, sondern oft auch normative Setzungen und allgemeine transdisziplinäre Stellungnahmen verbunden. Problematisch erscheint dies, wenn Aussagen und Zuschreibungen theoretisch und/oder empirisch ungenügend belegt sind und nicht deutlich als Hypothesen gekennzeichnet sind. Die Schwachstellen einiger Untersuchungen werden im Weiteren benannt, aber nicht weiter ausgeführt.

Auch wenn die Behandlung des Themas im öffentlichen, politischen und wissenschaftlichen Diskurs bislang weitgehend ausgeblieben ist, gibt es Professionsgruppen, die in ihrem Arbeitsalltag mit diesen besonderen Todesfällen wiederkehrend in Berührung kommen. Es handelt sich beispielsweise um Vertreter:innen von Bestattungsunternehmen, Kirche, Polizei, (Rechts-)Medizin, Ordnungs-, Sozial- und Standesämtern oder Vermieter:innen. Polizist:innen werden häufig hinzugerufen, wenn Wohnungstüren geöffnet oder die näheren Todesumstände ermittelt werden müssen. Ordnungsämter sind für Bestattungen zuständig, wenn keine Angehörigen zu ermitteln sind; Sozialämter sind involviert, wenn die Angehörigen die Kosten hierfür nicht tragen können oder wollen. Standesämter regeln die Beurkundung von Todesfällen und sind hierzu angewiesen, die Todeszeit möglichst minutengenau festzuhalten. Bestattungsunternehmen kümmern sich um die Vorbereitung, und Kirchenvertreter:innen übernehmen die Begleitung der Beisetzung und die sakrale Verabschiedung der (ordnungsamtlich) Bestatteten. Falls die Todesursache von den Ärzt:innen vor Ort nicht bestimmt werden kann, erfolgt eine rechtsmedizinische Untersuchung in entsprechenden Instituten. Private Vermieter:innen und Wohnungsbaugesellschaften sind nach der Auffindung *unentdeckter* Todesfälle oft zu aufwendigen Renovierungsmaßnahmen veranlasst, um die Wohnungen wieder in einen bezugsfertigen Zustand zu bringen. Jede dieser Berufsgruppen kennt das Phänomen aus unmittelbarer Erfahrung, aber keine verfügt über ein umfassenderes Wissen, da es im spezifischen Arbeitsfeld immer nur um Teilaspekte des ›Verfahrensablaufs‹ geht. Die Thematisierung erfolgt im Rahmen der alltäglichen Kommunikation und bleibt auf einen kleinen Kreis involvierter Expert:innen beschränkt.

Eine wissenschaftliche Auseinandersetzung zur Handlungspraxis – in Verbindung mit einem fachlichen Austausch – findet sich vor allem in der (Rechts-)Medizin respektive der Forensik. Es können grob zwei unterschiedliche Ausrichtungen unterschieden werden: Einerseits die quantitativen Analysen – meist von Obduktionsberichten – und andererseits die Darstellung von ›herausfordernden‹ Autopsien – beispielsweise bei mumifizierten Leichen. Die erst genannten Arbeiten beabsichtigen anhand der erfassten Indikatoren, Inzidenz und Risikofaktoren sowie die ›gefährdeten‹ Bevölkerungsgruppen zu bestimmen und hieraus Ansatzpunkte für die Prävention und Intervention – insbesondere im Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung – abzuleiten. Die zweite Gruppe der Veröffentlichungen dient vor allem dem professionsgebundenen Austausch und behandelt vorrangig Fragen der Todesfeststellung, der Qualifikation der Todesart und der Bestimmung der Todesursachen (z.B. Schröder et al. 2001; Amendt/Zehner/

1 Dahl (2016: 9) übersetzt den japanischen Begriff »kodokushi« mit »einsamer Tod«.

Bratzke 2003; Amendt et al. 2020; Byard/Farrell/Simpson 2008; Heidorn et al. 2011; Hayman/Oxenham 2015 und 2016; Backhaus/Hartwig 2017). So werden beispielsweise die Möglichkeiten und Begrenzungen verschiedener Verfahren der Identifizierung und Obduktion bei fortgeschrittenen Leichenerscheinungen oder die zeitliche Abfolge von Verwesungs- und Mumifizierungsprozessen unter verschiedenen Bedingungen beschrieben. Darüber hinaus nehmen viele der (rechts-)medizinischen Veröffentlichungen auch Bezug auf die sozialen Hintergründe oder formulieren Hypothesen zu den Ursachen der späten Entdeckung. Madea und Dettmeyer (2007: 2) begründen diese weite Ausrichtung der Rechtsmedizin mit deren interdisziplinärer Perspektive, welche über die naturwissenschaftliche Forschung hinaus auch geistes- und sozialwissenschaftliche Inhalte berücksichtige.

Publikationen außerhalb der (Rechts-)Medizin sind sehr viel seltener und stellen eher isolierte – fachlich kaum vernetzte – Veröffentlichungen dar. Das Spektrum ist relativ breit und umfasst Arbeiten von Vertreter:innen der Psychiatrie, Psychologie, Gerontologie, Geriatrie, der Gesundheits- und Pflegewissenschaften, der Sozial- und Kulturwissenschaften, der Sozialarbeitswissenschaft und seit einigen Jahren auch der Ingenieur- und Medienwissenschaften.

Naturwissenschaftlich ausgerichtete Arbeiten dominieren vor solchen der Geistes-, Kultur- und Sozialwissenschaften. Der Forschungsgegenstand wird insgesamt randständig behandelt. Lässt man die (rechts-)medizinischen Publikationen mit ihren speziellen Fragestellungen unberücksichtigt und richtet stattdessen den Fokus auf die geistes-, kultur- und sozialwissenschaftlichen Arbeiten, so weist allein deren geringe Anzahl auf die weitgehende Nichtbeachtung des Forschungsthemas. Die Verknüpfung der Themen Einsamkeit und soziale Isolation auf der einen und Sterben und Tod auf der anderen Seite ist in den Sozial- und Kulturwissenschaften bislang nur ansatzweise und nicht systematisch erfolgt, so dass zur theoretisch-empirischen Fundierung der eigenen Arbeit die voneinander separierte Grundlagen- und Anwendungsforschung der beiden Themenfelder herangezogen werden muss. Aber auch hier stellt sich die Problematik, dass die Themenkomplexe Sterben/Tod und Einsamkeit in der Sozialwissenschaft lange Zeit vernachlässigt wurden und immer noch begrenzt untersucht sind (z.B. Bohn 2006, Feldmann 1998 und 2010a; Schnabel 2013). Dies betrifft vor allem die soziale Dimension des Gefühls der Einsamkeit (Bohn 2006: 7) und bestimmte Aspekte des Umgangs mit dem eigenen und dem fremden Sterben (Feldmann 2010a: 77). So fehlen beispielsweise weitergehende Untersuchungen, die Sterben, Tod und Einsamkeit in Kombination und aus einer geschlechtsdifferenzierten Perspektive oder im Zusammenhang mit verschiedenen Formen der sozialen Benachteiligung erkunden. Isolations- und Einsamkeitsforschung streifen mitunter das Thema Lebensende, ohne jedoch die besonderen Umstände des Sterbens und des Todes von sozial isolierten und/oder einsamen Personen näher auszuführen. Angesichts der mangelnden Verknüpfung der Themenkomplexe ›Einsamkeit/soziale Isolation‹ und ›Sterben/Tod‹ in der bisherigen Forschung wird es in der eigenen Untersuchung notwendig sein, diese thematische Verbindung für den sozialwissenschaftlichen Bezugsrahmen vorzunehmen.

Der Forschungsgegenstand im Besonderen – die Untersuchung der Kontexte und sozialen Hintergründe länger *unentdeckter* Tode – wird fast ausschließlich außerhalb der Human- und Sozialwissenschaften bearbeitet. Ausnahmen stellen die Arbeiten von Ota-

ni (2005), Fukukawa (2011), Dahl (2016) und die eigenen Voruntersuchungen (Geser et al. 2014; Loke 2019) dar. Die in der Literaturrecherche berücksichtigten Veröffentlichungen unterscheiden sich dadurch, ob sie die Thematik der *unentdeckten* Tode im engeren Sinne – das heißt explizit und vorrangig – oder im weiteren Sinne – das heißt implizit und nachgeordnet – ansprechen. Die Intensität der Forschungserkundungen drückt sich auch über die gewählte Veröffentlichungsform aus[2]. Die theoretischen und/oder empirischen Untersuchungen zum Gegenstand werden meist in mehrseitigen Fachartikeln beschrieben. Daneben finden sich vereinzelte umfangreichere Berichte (Buster/Kiers/Das 2013; Buster et al. 2014; Geser et al. 2014) und eine kumulative Dissertation (Merz 2013). Die veröffentlichten Qualifikationsarbeiten, welche sich eingehend mit »einsamem Sterben« bzw. »kodokushi« befassen, stammen von Otani (2005), Dahl (2016) und Loke (2019).

Über das Phänomen des »einsamen Todes« wurde in den japanischen Printmedien erstmalig in den 1970er Jahren und von da an regelmäßig berichtet. Die ersten nationalen wie internationalen englischsprachigen Fachartikel erschienen ab Mitte der 1990er Jahre[3]. Die vereinzelten Veröffentlichungen aus unterschiedlichen Ländern (Japan, Australien, USA und Europa) hielten auch nach der Jahrtausendwende an. Seit 2011 ist insgesamt ein deutlicher Anstieg der wissenschaftlichen Arbeiten zu verzeichnen, der sich geographisch – sowohl hinsichtlich der Publikations- als auch der Untersuchungsorte – insbesondere auf Japan, die Niederlande und Deutschland konzentriert.

In Japan erschienen im letzten Jahrzehnt zwei größere quantitative Studien, die darauf abzielten, einerseits die Personengruppe der Verstorbenen näher zu charakterisieren und andererseits die Faktoren zu bestimmen, welche das »postmortale Intervall« bzw. die Liegezeit verlängern (Ito et al. 2012; Satomu et al. 2015). Seit 2014 berichteten mehrere Fachartikel von neu entwickelten technischen Unterstützungssystemen, die unbemerkte Tode verhindern sollen (Takami/Torii/Ishii 2014; Kobayashi 2015; Lee/Lee 2015). In den Niederlanden hat sich seit ca. 2013 eine Forscher:innengruppe um Buster, Runtuwene und van Hondel formiert, welche vor allem die »Urbanisierungsthese« mittels vergleichender quantitativer Analysen überprüft hat. In Deutschland wurde in den Jahren 2011 bis 2013 die Grundlagenforschung zu »Wohnungsleichen« durch Forscher:innengruppen um Merz, Birngruber und Heidorn vorangebracht. Im Ruhrgebiet erfolgten in den Jahren 2013 bis 2015 zwei Untersuchungen, die mittels quantitativer und qualitativer Methoden der Sozialraumforschung die nähere Bestimmung der Personengruppe und der exklusionsförderlichen Bedingungen des Wohnumfelds von *unentdeckt* Verstorbenen vorangebracht haben (Geser et al. 2014; Loke 2019).

Nach diesen allgemeinen Bemerkungen zum Forschungsstand, werden im Folgenden die Ergebnisse und Hinweise der vorliegenden Untersuchungen zu vier wichtigen Fragestellungen unter den folgenden Überschriften gebündelt: 1. Empirie, 2. Statistisches Profil der Verstorbenen, 3. Soziale Hintergründe und 4. Präventionsmaßnahmen und Interventionen.

---

2 Die gewählte Veröffentlichungsform ist auch Ausdruck der Publikationskultur der jeweiligen Disziplin (vgl. Schuh 2009: 6ff.).

3 Einen Überblick über den japanischen Umgang mit »einsamen Toden« (»kodokushi«) in den letzten Jahrzehnten gibt das Kapitel 4.3.

1. Empirie
Zur Einschätzung der quantitativen Relevanz eines Phänomens sind systematisch erfasste empirische Daten zur Inzidenz und deren Entwicklung unverzichtbar. Im Rahmen der Literaturrecherche fanden sich jedoch keine Hinweise, dass Forschende auf gesonderte amtliche Statistiken zu ›unbemerkten‹ Todesfällen zurückgreifen konnten. Stattdessen stützen sich die bekannten Untersuchungen auf unterschiedliche Datenquellen von Gesundheitsbehörden, Rechtsmedizin, Polizei und Sozialverwaltungen. Die mittels quantitativer Analysen ausgewerteten Dokumente sind vielgestaltig und reichen von Literaturfällen, über Obduktionsberichte, Todesbescheinigungen oder polizeiliche Ermittlungsakten bis hin zu Bestattungsdokumenten, Sterbeurkunden und Notfalleinsatz-Protokollen – mitunter auch in Kombination. Die Auswertungen sind auf Zeiträume unterschiedlicher Dauer von drei Monaten (Smith/Larsen/Rosdahl 2001) bis zu 53 Jahren (Nilsson/Lögdberg 2008) bezogen; es dominieren mehrjährige Erfassungen. Auch die Untersuchungsgebiete unterscheiden sich erheblich in der räumlichen Ausdehnung und in der Bevölkerungszahl. Die Studien beziehen sich mal auf die Gebiete mehrerer großstädtischer Agglomerationen (Buster et al. 2014) oder einer Metropolregion (Kanawaku/Youkichi 2019) und mal lediglich auf eine größere Wohnsiedlung (Fukukawa 2011). Der Umfang der untersuchten Fälle schwankt zwischen 37 (Merz et al. 2011) und mehr als 3.000 Fällen (Ito et al. 2012; Kanawaku 2019). In der Mehrzahl der statistischen Auswertungen liegen Daten von mehreren hundert Fällen vor.

Die Aussagekraft der für den Forschungsgegenstand vorliegenden Analysen ist beschränkt sowie eine direkte Vergleichbarkeit nicht gegeben. Hierfür gibt es zwei wesentliche Gründe:

a. Die zugrundeliegenden Datenquellen unterscheiden sich. Außerdem erfassen diese meist lediglich partikulare, nicht aber umfassende Informationen zu den Sterbefällen einer Untersuchungsregion im festgelegten Zeitrahmen. So liegen polizeiliche Ermittlungsakten nur dann vor, wenn die Polizei zur Unterstützung herbeigerufen wurde[4]. Deren Aussagekraft erscheint besonders problematisch, wenn die Auswahl mittels Zufallsprinzips erfolgt – wie bei Fieseler/Pfandzelt/Zinka (2010), die hundert polizeiliche Ermittlungsakten aus verschiedenen, nicht näher bezeichneten Jahren auswerteten. Hinsichtlich der häufig verwandten Datenquelle der ›Obduktionsberichte‹ ist kritisch anzumerken, dass nicht für alle allein verstorbenen Personen Obduktionen anberaumt werden, sondern nur in einzelnen Fällen von vermuteten »nicht-natürlichen« oder »ungeklärten« Todesursachen, so dass auch über diesen Zugang nicht alle relevanten Todesfälle erfasst sind und von einer ungewissen Dunkelziffer auszugehen ist.

Anders verhält es sich mit den bei den Gesundheitsbehörden vorliegenden Todesbescheinigungen und den von Standesämtern bzw. Meldebehörden ausgestellten Sterbeurkunden, welche grundsätzlich für alle Verstorbenen eines statistischen Bezirks vorliegen. Sie sind gut geeignet, um Totalerhebungen von Todesfällen mit Liegezeit durchzuführen, deren Anzahl ins Verhältnis zur Gesamtzahl aller Sterbefälle zu setzen und so

4 In einer eigenen Untersuchung konnten nur für ein Viertel der Bestattungsdokumente mit Liegezeit polizeiliche Ermittlungsakten zugeordnet werden (Geser et al. 2014).

eine Gewichtung vorzunehmen. Zwei Studien, die auf diese Datenquellen zurückgegriffen haben, seien hier erwähnt: Smith/Larsen/Rosdahl (2001) und Kakiuchi et al. (2019). Leider ist die eine Untersuchung auf einen sehr kurzen Zeitraum begrenzt, und die andere Arbeit verliert an Aussagekraft durch die gravierende Verengung des Stichprobenumfangs für die Analyse.

Smith/Larsen/Rosdahl (2001) haben lediglich für einen Drei-Monats-Zeitraum des Jahres 1994 die Todesbescheinigungen der Großstadt Kopenhagen mit der kaum urbanisierten Region Storstrøm verglichen. Der Anteil allein verstorbener Personen (mit einer Liegezeit von mindestens zwei Tagen) an allen Sterbefällen war in Kopenhagen mit ca. 15 Prozent fast doppelt so hoch wie in der ländlich geprägten Region. Für die Großstadt wurde jedoch nicht nur ein erhöhtes Risiko, allein zu versterben, sondern auch der späteren Entdeckung des Todes festgestellt. Die Studie konnte jedoch keine Gründe für die empirischen Ergebnisse identifizieren.

Die aktuellere Untersuchung von Kakiuchi et al. (2019) bezieht sich auf die Sterbeurkunden des Jahres 2013 der japanischen Millionenstadt Yokahama. Der Anteil der in einer Wohnung allein verstorbenen Personen (mit einer Liegezeit von mindestens drei Tagen) wird – wie bei Smith/Larsen/Rosdahl (2001) – mit ca. 15 Prozent an allen Sterbefällen von Yokahama beziffert. Die weiteren Analysen dieser großen empirischen Erhebung beziehen sich jedoch nicht auf die beträchtliche Gesamtgruppe von fast 5.000 in ihrem Zuhause verstorbenen Personen, sondern beschränken die Auswahl auf Obduktionen mit unklarer Todesursache (»suspected unnatural death«), für die gleichzeitig Notfalleinsatz-Protokolle vorlagen. Durch die Festsetzung dieser Kriterien wurden letztendlich weniger als ein Drittel aller ursprünglichen Fälle in die Analyse einbezogen.

b. Es ist leicht nachzuvollziehen, dass Ergebnisse unterschiedlicher Datenquellen nicht unkritisch gleichgesetzt werden dürfen, aber auch die Befunde gleichen Ursprungs können nur mit Vorbehalt verglichen werden, wenn sich die zugrundeliegenden ein- und ausschließenden Kriterien der Untersuchungen wesentlich unterscheiden. Dies führt dazu, dass die Erhebungen auf unterschiedliche Teilgruppen bezogen sind.

Die quantitativen Analysen zum Forschungsgegenstand erfolgen mehrheitlich auf Basis von Obduktionsberichten. Die oben beschriebenen allgemeinen Begrenzungen dieser Datenquelle führen dazu, dass hierüber nicht alle relevanten Todesfälle eines Gebiets erfasst sind, sondern nur diejenigen, für die eine innere Leichenschau angesetzt wurde. Darüber hinaus liegen vielen Auswertungen jedoch auch differierende Operationalisierungen und Auswahlkriterien zugrunde. Hönigschnabl et al. (2002) berücksichtigen nur obduzierte Fälle mit Verwesungs- oder Mumifizierungserscheinungen, Thiblin et al. (2004) setzen eine Liegezeit von mindestens einer Woche und eine psychische Erkrankung und/oder Substanzmissbrauch voraus, und Nilsson/Lögdberg (2008) analysieren nur die Daten von Verstorbenen mit Schizophrenie-Erkrankung und einer Liegezeit von mindestens fünf Tagen. Merz et al. (2011: 199) bestimmen als Einschlusskriterien einer »Wohnungsleiche« die »Auffindung in einer privaten Wohnung/in einem privaten Haus« und eine »Liegezeit von mindestens 24 Stunden«, als weitere, nicht obligate Kriterien mit Hinweischarakter werden »fortgeschrittene Leichenerscheinungen«, »oftmals unklare Todesursachen« und »Probleme bei der Identifizierung« genannt (ebd.). Satomu et al. (2015) sprechen allgemein von einem

»postmortalem Intervall«, ohne jedoch eine untere zeitliche Grenze zu setzen, so dass nicht auszuschließen ist, dass auch Todesfälle inkludiert sind, die innerhalb eines Tages bzw. weniger Stunden bemerkt wurden. Andere Studien beschränken sich auf die Fälle von Verstorbenen über 65 Jahre (Ito et al. 2012; Nomura et al. 2016) oder schließen »unklare« und »nicht-natürliche« Todesursachen – inklusive »Suizide« – aus (Ito et al. 2012.; Satomu et al. 2015[5]). Dahl (2016: 117) und Tiefenbach (2015: 18) konstatieren für Japan, dass aufgrund des Fehlens einer landesweit einheitlichen Definition der »kodokushi«-Fälle auch keine verlässlichen Statistiken vorliegen. Diese Aussage lässt sich auch auf den hier skizzierten internationalen Forschungsstand zur Empirie übertragen.

Die gewählten Ein- und Ausschlusskriterien hinsichtlich Liegezeit, Todesart oder Alter der Verstorbenen beeinflussen die Auswertungsergebnisse und verhindern eine umfänglichere und differenziertere Analyse der Merkmale und ihrer Häufigkeitsverteilungen in der Gesamtgruppe. Wenn beispielsweise nur die Fälle von Verstorbenen über 65 Jahren einbezogen werden (Ito et al. 2012; Nomura et al. 2016[6]), liegt dem bereits die Annahme zugrunde, dass infolge der alternden (hier: japanischen) Gesellschaft diese Gruppe ein besonders hohes Risiko besitzt, allein zu versterben; jüngere ›Risikogruppen‹ bleiben durch diese Beschränkung jedoch *unentdeckt*. Und auch die gegenteiligen bzw. nuancierteren Befunde der meisten anderen Untersuchungen bleiben damit unbeachtet: Grundsätzlich gibt es zwar mit höherem Alter eine ansteigende Anzahl, aber die meisten Todesfälle von allein Verstorbenen finden sich im mittleren Alter (z.B. Otani 2005; Kadoya 2005; Fukukawa 2011).

Es ist ebenfalls kritisch anzumerken, dass einige Untersuchungen (z.B. Fieseler/Pfandzelt/Zinka 2010; Ito et al. 2012) Hinweise auf Unterschiede, die mit verschiedenen Todesarten (natürlich, nicht-natürlich, ungeklärt) assoziiert sein können, durch Ausschluss ›unsichtbar‹ machen. Und dies, obwohl andere Arbeiten einen nicht unerheblichen Anteil »ungeklärter« und »nicht-natürlicher« Todesursachen (inklusive »Suizide«) ausmachen (z.B. Smith/Larsen/Rosdahl 2001, Byard/Farrell/Simpson 2008; Merz et al. 2011) oder einen Anstieg von »Suiziden« und einen Rückgang »natürlicher« Todesarten von den 1960er bis zu den 1990er Jahren bei höheren Liegezeiten feststellen (Hönigschnabl et al. 2002). Insbesondere Suizide – in Verbindung mit langer Liegezeit – erlauben nicht nur Rückschlüsse auf die soziale Isolation, sondern auch auf den Leidensdruck der Verstorbenen zu Lebzeiten. Empirische Erhebungen sollten die Anzahl der Suizide an allen Todesfällen erfassen, anhand der Indikatoren (wie z.B. Geschlecht, Alter, Liegezeit, Erwerbsstatus) die ›Risikogruppen‹ spezifizieren und die Ergebnisse mit verfügbaren Referenzdaten abgleichen. Hierdurch könnten wichtige Ansatzpunkte zur Konzipierung von Präventionsmaßnahmen und Interventionen gegen die Folgen von Einsamkeit und sozialer Isolation abgeleitet werden.

---

5 Die Begrenzung auf Todesfälle mit »natürlichen« Todesursachen in mehreren japanischen Untersuchungen folgt der Definition der »solitary death« von Kanewaku et al. (2010; zit.n. Ito et al. 2012: 2), welche diese Todesfälle als »unerwarteten Tod von Alleinlebenden« (»unexpected death among the people living alone«) bestimmten.

6 Nomura et al. (2016) stellten beim Vergleich der Obduktionsberichte der Jahre 1989 bis 1993 mit den Jahren 2009 bis 2013 einen deutlichen Anstieg der Fälle mit einer Liegezeit von mehr als drei Tagen fest.

Bereits die ersten Veröffentlichungen (Gurley et al. 1996; Schultz/Tsokos/Püschel 1999; Smith/Larsen/Rosdahl 2001) heben hervor, dass das Phänomen im städtischen Raum häufiger auftritt als im eher ländlich geprägten Raum bzw. in den Randgemeinden der Großstädte. Die Todesfälle werden als Folgeerscheinung der Urbanisierung und der Erosion traditionaler sozialer Beziehungen interpretiert. Schultz/Tsokos/Püschel (1999) verorten eine konkrete Ursache in der urbanen Architektur. Mehrgeschossige Wohnblöcke begünstigten die Anonymität und soziale Isolation der Wohnbevölkerung. Dadurch bestehe bei dieser Bauweise nicht nur ein höheres Risiko, allein zu versterben, sondern auch ein höheres Risiko, dass der Tod längere Zeit unbemerkt bliebe.

Auch Otani (2005) setzt die »kodokushi«-Fälle der Überlebenden des Kōbe-Erdbebens des Jahres 1995 in einen Zusammenhang mit der Bauweise. Vor der Naturkatastrophe hatten die meist älteren Überlebenden in Hüttenwohnungen gelebt, danach waren viele von ihnen – oft nach mehrfacher Umsiedlung – in Hochhäusern untergebracht und dort unbemerkt verstorben. Otani sieht den Wohnungstyp als wichtigen Faktor für die Bildung sozialer Netzwerke an. Hochhäuser erschwerten es dem Einzelnen, Kontakt zur Nachbar:innenschaft zu finden. Dies gelte insbesondere für ältere Alleinlebende (ebd.: 249). Die Bewohner:innenschaft von Hochhäusern berichte im Allgemeinen über intensivere Probleme mit Einsamkeit und sozialer Isolation als diejenigen Personen in ebenerdigen Hüttenwohnungen.

Die aktuelleren Arbeiten von Buster/Kiers/Das (2013), Buster et al. (2014) und Runtuwene/Buster (2019) belegen diese Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens – zum einen für die Region Amsterdam und zum anderen im Vergleich für die vier größten Agglomerationen in den Niederlanden[7 8]. In der Region Amsterdam wurden in den Jahren 2005 bis 2012 jährlich ca. 40 Todesfälle mit einer Liegezeit von mehr als 14 Tagen entdeckt. 81 Prozent dieser in der Rechtsmedizin bekannten »Woninglijken« (»Wohnungsleichen«) wurden in Amsterdam und nur 19 Prozent in den Vororten entdeckt (Buster/Kiers/Das 2013). Nach Datenbereinigung und -aufbereitung wurde das Risiko eines Alleinlebenden – nach dem Tod 14 Tage und länger unbemerkt zu bleiben – in Amsterdam im Vergleich zu einem Alleinlebenden in den Randgemeinden 2,6-mal höher eingeschätzt[9]. Diese Ergebnisse wurden einerseits damit begründet, dass sich die dominierenden Wohnformen respektive Baustile und damit einhergehend auch das soziale Handeln der Bevölkerung unterscheiden. Bei mehrgeschossigen Häusern in Amsterdam könne in sehr viel geringerem Maße in die Wohnungen der Nachbar:innenschaft eingesehen werden als bei den in den Randgemeinden typischen *Galerie-Häusern*. Buster/Kiers/Das (2013) verorten eine Hauptursache in der städtischen Architektur. Als weitere soziale Gründe für höhere Einsamkeitswerte und die größere Anzahl der »Woninglijken« werden der mangelnde soziale Zusammenhalt und die verminderte soziale Kontrolle in der Stadt angesehen.

---

7 Auch Kato et al. (2017) unterstützen die Urbanisierungsthese.

8 Ansonsten können auch diese relativ großen Untersuchungen keine verlässlichen Angaben zur quantitativen Entwicklung oder zur Gewichtung der Todesfälle im Verhältnis zu allen Sterbefällen machen, da als Datenquelle Obduktionsberichte verwandt wurden.

9 Runtuwene und Buster (2019) geben – auf denselben Datensatz bezogen – ein 2,7-mal erhöhtes Risiko an.

Die sich anschließende Studie von Buster et al. (2014) erweitert den Forschungsfokus auf die vier größten Städte der Niederlande – Amsterdam, Rotterdam, Utrecht und Den Haag – und deren Umland. In allen vier Städten zusammen waren im Zeitraum 2005 bis 2013 im Jahr durchschnittlich 70 Todesfälle mit einer Liegezeit von mindestens 14 Tagen aufgefunden worden. Das Vorkommen in Amsterdam, Rotterdam und Den Haag wies keine statistisch signifikanten Unterschiede auf, aber im Vergleich zu Utrecht war in den anderen drei Städten die Anzahl der »Woninglijken« – nach Bereinigung der Daten – fast doppelt so hoch. In ihrem Fazit erklären Buster et al. (2014: o. S.) die niedrigere Anzahl der Todesfälle in Utrecht mit den dortigen inklusionsförderlichen sozialen Bedingungen, welche sich in geringeren Einsamkeitswerten, einem höheren Maß an Partizipationsmöglichkeiten und einem niedrigeren Anteil von Personen mit geringem Einkommen und/oder Sozialtransferbezügen ausprägten. Darüber hinaus führen die Autor:innen wiederum differierende bauliche Bedingungen zur Erklärung an – in Utrecht war der Anteil der Einfamilienhäuser wesentlich höher als in den anderen Städten – und betonen, dass die Gemeinschaftsbildung auch durch den Baustil beeinflusst werden könne. Interessanterweise ist der Anteil der verstorbenen Personen, die zuvor durch die öffentliche Gesundheitsversorgung unterstützt wurden, in Utrecht höher als in den anderen Großstädten. Dies zeigt, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen von sozialen Exklusionsprozessen betroffen sind, auch wenn die allgemeinen Bedingungen inklusionsförderlich eingeschätzt werden. Des Weiteren lässt sich hieraus schließen, dass das System der sozialen Unterstützung in Utrecht ›Risikopersonen‹ in stärkerem Maße erreichte bzw. zu einem bestimmten Zeitpunkt erreicht hatte, dass aber durch diese Kontakte die Anzahl der sozial isolierten Todesfälle nicht wesentlich reduziert werden konnte. Offen bleibt, ob die Ursachen eher in der mangelnden Qualität der öffentlichen Gesundheitsversorgung oder eher in der Ablehnung der Unterstützung durch die Betroffenen liegen. Die vorliegenden Informationen erlauben keine Einschätzung, ob eher ein organisatorisches oder ein Vertrauensproblem ursächlich ist (vgl. Kapitel 10).

Es finden sich also deutliche Belege für ein gehäuftes Auftreten der Todesfälle im urbanen Raum. Außerdem gibt es ergänzende Hinweise, die das verstärkte Auftreten im städtischen Gebiet sozialräumlich differenzierter beschreiben. Fieseler/Pfandzelt/Zinka (2010) bestimmen die Verteilung der Sterbeorte anhand der Postleitzahlen im Stadtgebiet von München und stellen eine Häufung in Innenstadtlage und ebenfalls in Mehrfamilienhäusern fest. In der Einzelfallstudie einer mumifizierten Leiche von van Hondel et al. (2016) wird die Lage in der Nähe des Stadtzentrums von Rotterdam erwähnt. Geser et al. (2014) finden eine Häufung insbesondere in den Stadtteilen mit einem höheren Anteil sozial benachteiligter Personen (Arbeitslosigkeit, Sozialtransferleistungen). Loke (2019) betont die mögliche Verschränkung mangelnder individueller und sozialräumlicher Ressourcen, welche sich besonders deutlich in Quartieren mit einem hohen Anteil ressourcenarmer Bevölkerungsgruppen, wie etwa einkommensschwacher oder mobilitätseingeschränkter Personen, zeige.

Die ethnographische Studie von Klinenberg (2001)[10], welche die ungewöhnlich hohe Sterblichkeit infolge einer Hitzewelle in Chicago im Sommer 1995 untersucht[11], bestätigt ebenfalls die Bedeutung der sozialen, räumlichen und infrastrukturellen Bedingungen. Die Hitzekatastrophe hat demnach vor allem in Stadtteilen mit einem hohen Anteil einkommensarmer Personengruppen zu einem gehäuften Auftreten isolierter Todesfälle – in der Mehrheit von älteren Männern – geführt, aber es waren nicht alle sozial benachteiligten Stadtteile gleichermaßen betroffen, sondern die Anzahl der Todesfälle war in Stadtteilen mit guter infrastruktureller Versorgung (kleine Geschäfte, Betriebe, Imbisslokale, öffentliche Einrichtungen) und vorhandenen Nachbar:innenschaftsnetzwerken deutlich niedriger ausgeprägt. Dies zeigt, dass auch relativ isolierte Personen am öffentlichen Leben partizipieren und hierdurch zumindest in gewissem Rahmen Schutz und indirekte Unterstützung erfahren.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es zur Empirie – auch für begrenzte Zeiträume oder Gebiete – keine umfassenden und zuverlässigen Angaben zur Auftretenshäufigkeit und quantitativen Entwicklung gibt[12]. Außerdem ist die Vergleichbarkeit der vorliegenden Daten sehr problematisch. Zwei Studien beziffern übereinstimmend den Anteil allein verstorbener Personen in der Stadt auf ca. 15 Prozent aller Todesfälle. Darüber hinaus setzt keine der genannten Arbeiten die Anzahl der Todesfälle in Bezug zu Referenzdaten der allgemeinen Sterbestatistik, so dass keine Gewichtung und damit auch keine Einschätzung der Relevanz des Phänomens möglich ist. Zum quantitativen Vorkommen dieser Todesfälle gibt es vergleichsweise wenige Studien, und repräsentative Erhebungen – in Form von Querschnitts- oder Längsschnittanalysen – sind nicht verfügbar. Die Ursachen für die mangelnde empirische Aussagekraft der vorhandenen Untersuchungen liegen 1. in den gewählten Datenquellen und 2. in der Stichprobenauswahl.

Hieraus resultiert ein großes Forschungsdefizit, welches nur durch unbeschränkte Vollerhebungen – auf Basis der Auswertung von Todesbescheinigungen oder Sterbeurkunden bzw. Sterbefallanzeigen – geschlossen werden kann. Dies ist in der eigenen Untersuchung der Fall. Die Erfassung aller Todesfälle mit einer Liegezeit von mindestens zwölf Stunden an zwei aufeinanderfolgenden Tagen scheint gut geeignet, zuverlässige quantitative Ergebnisse zu generieren, welche auch die Anzahl der Fälle – differenziert nach Liegezeit – darstellen können[13]. Da die Vollerhebung nicht nur für einen begrenzten Zeitraum, sondern für eine Dekade verwirklicht wird, sind außerdem Aussagen zur quantitativen Entwicklung der Todesfälle im Verlauf des Untersuchungszeitraums und im Verhältnis zu den Referenzdaten der allgemeinen Sterbestatistik möglich. Die Durchführung in zwei Kommunen ermöglicht darüber hinaus eine vergleichende Perspektive.

10 Hierzu ergänzend der Artikel von Harlfinger (2015) im »Tagesspiegel«.

11 Näheres zur Hitzewelle in Chicago aus Sicht der Gesundheitswissenschaften findet sich bei Whitman et al. (1997).

12 Auch Fehn und Fringer 2018 bestätigen das Fehlen empirisch belegter Angaben zum Vorkommen »einsamer Tode«.

13 Fieseler/Pfandzelt/Zinka (2010) beziffern den Anteil der in der ersten Woche aufgefundenen Verstorbenen mit 71 Prozent (bzw. Personen) bei insgesamt 100 Fällen.

2. Statistisches Profil der Verstorbenen

Eine zweite wichtige Frage bezieht sich auf das Profil der Verstorbenen. Welche Ergebnisse liegen zu personenbezogenen Daten (z.B. Geschlecht, Alter, Familienstand, Liegezeit) vor? Werden in den Veröffentlichungen ›Risikogruppen‹ bestimmt, die in stärkerem Maße ›gefährdet‹ scheinen, allein und unbemerkt zu versterben? Um eine grobe Antwort vorweg zu nehmen: Der diesbezügliche Forschungsstand ist sehr viel umfassender und eindeutiger.

Übereinstimmend halten alle Arbeiten fest, dass das Risiko, unbegleitet zu versterben, für alleinlebende Personen wesentlich höher ist als für Personen, die mit Anderen zusammenleben. Dieses Ergebnis verwundert nicht, sondern scheint schlüssig. Kritisch ist es jedoch zu sehen, wenn Arbeiten (z.B. Fieseler/Pfandzelt/Zinka 2010; Merz et al. 2012; Fehn/Fringer 2018) den Status ›alleinlebend‹ und/oder ›allein verstorben‹ als Risikofaktoren bzw. Prädiktoren für soziale Isolation werten. Solidere Analysen machen eine solche Feststellung dagegen abhängig von einer mehr als vierzehntägigen Liegezeit (z.B. Nilsson/Lögdberg 2008; Buster/Kiers/Das 2013; Buster et al. 2014).

Darüber hinaus sind sich alle Untersuchungen einig, dass es offensichtliche Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit des Auftretens gibt. Sämtliche Veröffentlichungen stellen eine Dominanz der männlichen Verstorbenen fest, die mindestens mit einem Anteil von 57 Prozent beziffert ist (Merz et al. 2011). Etliche Erhebungen verweisen auf eine Relation von etwa einem Drittel zu zwei Dritteln im Verhältnis von Frauen und Männern (u.a. Gurley et al. 1996; Otani 2005; Fukukawa 2011; Fieseler/Pfandzelt/Zinka 2010). Andere Arbeiten benennen einen noch höheren Anteil von mehr als 70 Prozent der männlichen Verstorbenen (Merz et al. 2012; Geser et al. 2014; Kanawaku/Youkichi 2019). Einige Untersuchungen verweisen darauf, dass die höhere Anzahl der Todesfälle als Folge einer insgesamt bei Männern zu beobachtenden stärkeren Neigung zu sozialer Isolation gedeutet werden kann (Fukukawa 2011; Buster/Kiers/Das 2013; Satomu et al. 2015; Kanawaku/Youkichi 2019; Kakiuchi et al. 2019).

Außerdem konstatieren die meisten Erhebungen für beide Geschlechter eine im Vergleich zum Durchschnittstodesalter niedrigere Lebensdauer (Gurley et al. 1996; Thiblin et al. 2004; Otani 2005; Kadoya 2005; Byard/Farrell/Simpson; Fieseler/Pfandzelt/Zinka 2010; Fukukawa 2011; Merz et al. 2012; Buster/Kiers/Das 2013; Buster et al. 2014; Geser et al. 2014; Satomu et al. 2015), welche jedoch mit erheblichen geschlechtsdifferenzierten Unterschieden beim Todesalter von bis zu 15 Jahren Differenz einhergeht (Otani 2005, Fukukawa 2011; Merz et al. 2012; Geser et al. 2014).

Die Anteile der unterschiedlichen Altersgruppen an den Todesfällen werden in den Arbeiten abweichend beschrieben. Smith/Larsen/Rosdahl (2001) bemerken mit zunehmendem Alter einen Anstieg der Todesfälle. Auch Hönigschnabl et al. (2002) erkennen im Zeitvergleich der 1960er und 1990er Jahre eine gestiegene Anzahl verstorbener Personen über 64 Jahren. Fieseler/Pfandzelt/Zinka (2010) bestätigen in geschlechtsdifferenzierter Perspektive den Anstieg im höheren und hohen Lebensalter vor allem für weibliche Verstorbene, die in dieser Altersgruppe die Mehrheit ausmachen. Buster et al. (2014) finden abweichende Anteile der Altersgruppen in Abhängigkeit von der Liegezeit: Hinsichtlich der Todesfälle mit einer Liegezeit von mehr als 14 Tagen stellen die Forscher:innen fest, dass die meisten Personen im mittleren Alter zwischen 55 und 64 Jahren verstorben sind,

wohingegen die entsprechende Zahl von Todesfällen in höherem Alter anteilmäßig abnahm. Die Ursachen für die frühere Entdeckung des Todes im höheren und hohen Alter sehen Buster et al. (2014) in einer besseren Beobachtung der älteren alleinlebenden Personen durch Familie und Nachbar:innenschaft sowie im Schutz durch die regelmäßige Unterstützung von professionellen Gesundheitsdienstleistenden.

Die meisten Arbeiten sprechen von ›alleinstehenden‹ oder ›alleinlebenden‹ Personen, ohne auf den Familienstand Bezug zu nehmen. Da, wo ein solcher Verweis erfolgt, werden vor allem »unverheiratete«, »ledige« Personen benannt, die ein höheres Risiko besitzen, allein und unbemerkt zu versterben (Tiefenbach 2015; Kakiuchi et al. 2019). Geser et al. (2014: 23) sehen dementgegen in ihrem Fazit vage Anhaltspunkte für zwei Gruppen: einerseits »ledige« Männer mittleren Alters und andererseits »verwitwete« Frauen höheren und hohen Lebensalters[14]. Die empirischen Ergebnisse der meisten Arbeiten belegen, dass vor allem alleinlebende Männer im mittleren Alter unbemerkt versterben. Buster et al. (2014) begründen dieses Ergebnis mit dem geschlechtstypischen Hilfesuchverhalten und verweisen auf eine Literaturrecherche von Galdas/Cheater/Marshall (2005), welche aufzeigt, dass Männer bei unterschiedlichen Problemen – wie Depressionen, Drogenabhängigkeit, körperlichen Beeinträchtigungen und kritischen Lebensereignissen – seltener als Frauen aktiv Hilfe durch professionelle Gesundheitsdienste suchen.

3. Soziale Hintergründe

Außer den allgemeinen Personenstandsdaten, die dazu geeignet sind, ein grobes statistisches Profil zu erstellen, werten einige Arbeiten auch Informationen zum Gesundheits-, Erwerbs- und Sozialstatus aus, so dass die sozialen Hintergründe der Verstorbenen näher bestimmt werden.

Für Teilgruppen der Verstorbenen sind in den Studien verschiedene psychosoziale Problematiken assoziiert: Alkohol- und Drogenabhängigkeit bzw. Substanzmittelmissbrauch, psychische Erkrankungen sowie Verwahrlosung der eigenen Person und/oder der Wohnung. Buster/Kiers/Das (2013) und Buster et al. (2014) bemerken, dass ein Teil der Verstorbenen aufgrund derartiger Hintergründe durch den öffentlichen Gesundheitsdienst begleitet wurde. Van den Hondel et al. (2016) konkretisieren diese Aussage dahingehend, dass den Behörden die Problematiken einiger Verstorbener zwar bekannt gewesen seien, dass diese aber die kontinuierliche Unterstützung durch den Gesundheitsdienst abgelehnt hätten.

Am häufigsten finden sich bei den Verstorbenen Hinweise auf Probleme mit Alkohol (Otani 2005; Kadoya 2005; Byard/Tsokos 2007; Fieseler/Pfandzelt/Zinka 2010; Merz et al. 2012; Satomu et al. 2015; Kakiuchi et al. 2019) und seltener für Drogenmissbrauch (Merz et al. 2012; Buster/Kiers/Das 2013; Buster et al. 2014; van den Hondel et al. 2016). Satomu et al. (2015) betonen, dass die kausale Beziehung von sozialer Isolation und Alkoholsucht nicht geklärt werden konnte: Es bleibe offen, ob die Alkoholabhängigkeit durch soziale Isolation verursacht sei, oder ob eine umgekehrte Wirkrichtung zugrunde gelegen habe. Kakiuchi et al. (2019) sehen einen geschlechtsabhängigen Zusammenhang

14 Auch Fehn und Fringer (2018) sehen in ihrem Übersichtsartikel »ledige«, »kinderlose« und »verwitwete« Personen verstärkt betroffen.

zwischen Alkoholsucht und sozialer Isolation (definiert als verlängertes postmortales Intervall von mehr als drei Tagen). Die ermittelte ›Hauptrisikogruppe‹ charakterisieren die Forscher:innen mit der ›Quintessenz‹ »ledig, männlich, Lebererkrankung«.

Es finden sich auch mehrere Untersuchungen, die einen Zusammenhang mit (nicht näher bezeichneten) psychischen Erkrankungen finden, worunter teils auch die benannten Suchtabhängigkeiten gefasst werden (Otani 2005; Buster/Kiers/Das 2013; Buster et al. 2014; van den Hondel et al. 2016; Fehn/Fringer 2018). Fieseler/Pfandzelt/Zinka (2010) stellen für ihre Untersuchungsgruppe fest, dass von Alkoholsucht vor allem Männer und von psychischen Erkrankungen eher Frauen betroffen waren.

Schizophrenie-Erkrankungen sowie der Zusammenhang psychischer Erkrankungen mit Alkohol- und/oder Drogenabhängigkeit werden explizit in den Arbeiten von Thiblin et al. (2004) und Nilsson/Lögdberg (2008) behandelt[15]. Beide Publikationen beschäftigen sich mit sozial isolierten Todesfällen vor dem Hintergrund der Folgen der Deinstitutionalisierung der sozialpsychiatrischen Versorgung für die Erkrankten. Die Erhebung von Thiblin et al. (2004) dient der Überprüfung der Arbeitshypothese, dass die Zunahme sozialer Isolation im Allgemeinen und des »sozial isolierten« Todes im Besonderen mögliche Folgeerscheinungen der Ambulantisierung der sozialpsychiatrischen Versorgung darstellen. Dazu werten Thiblin et al. (2004) alle Obduktionsberichte der Jahre 1992 bis 2000 des Großraums Stockholm mit einer Liegezeit von mindestens einer Woche (definiert als »sozial isolierter« Tod) und dem gleichzeitigen Vorliegen einer behandelten psychischen Erkrankung und/oder Substanzmittelmissbrauch aus. Im Fazit sehen die Autor:innen ihre Annahmen nicht bestätigt und halten fest, dass durch die Ambulantisierung der Versorgung keine wesentliche Zunahme sozial isolierter Todesfälle von Personen mit psychischer Erkrankung zu verzeichnen war. Zudem wird in der Studie festgestellt, dass Suchtabhängigkeiten in der Gruppe der Personen unter 65 Jahren insgesamt wesentlich häufiger waren als psychische Erkrankungen, und dass diese – insbesondere bei den verstorbenen Männern – auch häufiger mit einer Liegezeit von mehr als sieben Tagen einhergingen.

Die Untersuchung von Nilsson und Lögdberg (2008), welche alle Obduktionsberichte der Stadt Malmö mit Liegezeit von mindestens fünf Tagen (definiert als »sozial isolierter« Tod) und Schizophrenie-Erkrankung für mehr als fünf Jahrzehnte (1952 bis 2005) auswertet, kommt jedoch für diese weite Zeitspanne zu gegenteiligen Ergebnissen und schätzt die ambulante sozialpsychiatrische Gesundheitsversorgung für Personen mit Schizophrenie-Erkrankung als unzureichend ein. Die Analyse zeige, dass infolge der Deinstitutionalisierung der Versorgung eine zunehmende Zahl von Personen mit Schizophrenie-Erkrankung im Verlauf der Jahre allein verstorben sei, und dass auch die Anzahl der sozial isolierten Todesfälle insgesamt im Untersuchungszeitraum zugenommen habe.

Eine weitere Problematik, welche oft im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen – vor allem von Männern – thematisiert wird, ist die Tendenz zur Verwahrlosung der eigenen Person und der Wohnung. Fieseler/Pfandzelt/Zinka (2010) halten zum

15 Buster et al. (2014) verweisen allgemein auf ein höheres Vorkommen von psychischen Erkrankungen in der Stadt.

Zustand der Wohnung der Verstorbenen fest, dass 44 Prozent »verschmutzt und ungepflegt« und acht Prozent »vermüllt« waren. Außerdem verweisen die Autor:innen auf geschlechtsbezogene Unterschiede: Bei männlichen Verstorbenen zeige sich eine stärkere Tendenz zu »ungepflegten«, auch »verwahrlosten« Wohnungen und bei den verstorbenen Frauen zu »gepflegten« Wohnungen. Buster/Kiers/Das (2013) stellen fest, dass der Anteil der »verwahrlosten« Wohnungen mit höherer Liegezeit ansteigend war: 27 Prozent aller Wohnungen in der Gruppe der Todesfälle mit einem postmortalen Intervall von mindestens 14 Tagen wurden als »verwahrlost« eingeschätzt. Diese Häufigkeitsverteilungen sind jedoch mit Vorsicht zu rezipieren und lediglich als Entwicklungstendenz zu deuten, da all diese Beurteilungen – etwa von Mediziner:innen oder Polizist:innen – vor dem Hintergrund der eigenen Erfahrungen und Wertvorstellungen subjektiv ›eingefärbt‹ sind. Außerdem ist eine Vergleichbarkeit auch deswegen problematisch, da die Einschätzungen durch wechselnde Personen und nach differierenden Maßstäben erfolgten.

Byard und Tsokos (2007) besprechen im Zusammenhang mit sozial isolierten Todesfällen das in der klinischen Literatur – vor allem bei älteren Personen – beschriebene »Diogenes-Syndrom«, welches durch soziale Isolation und extreme Verwahrlosung der eigenen Person und der Wohnung sowie durch Ablehnung von Hilfe gekennzeichnet ist. Aus rechtsmedizinischer Perspektive der beiden Autor:innen handelt es sich um eine Untergruppe von forensischen Fällen, bei denen sowohl die Untersuchung der Sterbeorte als auch die Obduktion der Verstorbenen – das heißt die Identifizierung der Leiche sowie die Bestimmung der Sterbezeit und der Todesursachen – erschwert und mitunter unmöglich ist.

Das durchschnittliche Todesalter zwischen 55 und 64 Jahren wird in einzelnen Studien als Beginn des Rentenalters gekennzeichnet (Buster et al. 2014; Satomu et al. 2015). Das Ende der Erwerbsarbeit wird als kritisches Lebensereignis eingeschätzt, welches mit dem Risiko der sozialen Isolation einhergehen könne. Andere Untersuchungen widersprechen dagegen der Annahme, dass die Erwerbslosigkeit erst mit Erreichen des Ruhestands eingetreten ist, sondern stellen fest, dass die Verstorbenen bereits zuvor nicht berufstätig waren, und dass gerade durch die Arbeitslosigkeit im erwerbsfähigen Alter die soziale Isolation und das isolierte Sterben (mit)verursacht wurden (Otani 2005; Fieseler/Pfandzelt/Zinka 2010, Merz et al. 2012, Kanawaku/Youkichi 2019). Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und einem sozial isolierten Tod ist auch durch die Studie von Kanawaku und Youkichi (2019) gut belegt, welche fast 4.000 Obduktionsberichte des Jahres 2015 mit Sozialdaten (zum Erwerbsstatus und Sozialtransferbezug) abgeglichen haben und die Inzidenz und das postmortale Intervall nach Geschlecht, Alter und Erwerbsstatus berechneten. Die Auswertung belegt, dass in der Gruppe der Nicht-Erwerbstätigen – unabhängig vom Geschlecht – ein erhöhtes Risiko besteht, allein zu versterben, sowie die postmortalen Intervalle von arbeits- und erwerbslosen Personen signifikant länger sind. Der Erwerbsstatus ist demzufolge als ein protektiver Faktor gegen sozial isolierte Tode – insbesondere für Personen im mittleren bzw. erwerbsfähigen Alter – zu werten.

Dieses Ergebnis wird – zumindest dem ersten Anschein nach – nicht durch die wenigen Untersuchungen, die die Gründe der Auffindung erhoben haben, bestätigt (Merz et al. 2011 und 2012; Fieseler/Pfandzelt/Zinka 2010). Explizit wird das »Fehlen am Ar-

beitsplatz« nur bei Merz et al. (2012) erwähnt und ist mit einem Anteil von einem Prozent beziffert. Es erscheint jedoch plausibel, dass die Entdeckung durch Initiative von Arbeitskolleg:innen weitaus häufiger erfolgte und unter anderen Gründen subsumiert wurde. Die unterschiedlichen Kategorien sind in den Untersuchungen zudem ungenügend abgegrenzt und weichen voneinander ab. Auch die Menge der fehlenden Angaben ist teils beträchtlich. Schließlich kann die geringe Anzahl der Auffindungen infolge der Initiative von Arbeitskolleg:innen auch dahingehend interpretiert werden, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Verstorbenen arbeitslos war.

Ungeachtet der Schwierigkeiten, die Klassifizierungen in den vorliegenden Befunden zu vergleichen, ist festzustellen, dass in der Mehrzahl der Fälle ein vergeblicher Kontaktversuch der Entdeckung vorausging. Fieseler/Pfandzelt/Zinka (2010) benennen als Gründe der Wohnungsöffnung: Das Scheitern der Kontaktaufnahme durch eine bekannte Person (56 %), die misslungene Kontaktaufnahme durch eine fremde Person (11 %), auffälliger Geruch (8 %), überquellender Briefkasten (5 %), allgemeine Auffälligkeiten der Wohnung (7 %), und für 13 Prozent der Fälle fehlen die Angaben.

Merz et al. (2011) unterscheiden als Anlässe der Auffindung »institutionelles Handeln« in 24 Prozent der Fälle (Wohnungs- und Schornsteinreinigung, Wohnungsöffnung, fehlende Mietzahlungen, fehlende Kontobewegungen, besorgte Sozialarbeiter:innen), »Initiativen der Familie oder von Bekannten« mit einem Anteil von 23 Prozent (besorgte Nachbar:innenschaft, Zimmerkontrolle durch die Mutter, Aufräumarbeiten der Ehefrau, frustrane telefonische Kontaktaufnahme), die »Belästigung durch Geruch oder Insektenbefall« (9 Prozent), aber in 44 Prozent aller Fälle sind die Gründe nicht erfasst.

Merz et al. (2012) halten als Ursachen der Entdeckung in 26 Prozent aller Fälle einen »unbekannten Anlass«, in 42 Prozent »fehlgeschlagene Kontaktaufnahmen«, in 15 Prozent »auffälligen Geruch«, in 6 Prozent einen »überquellenden Briefkasten«, in 2 Prozent »Besuch von Verwandten«, in 1 Prozent »unentschuldigtes Fehlen am Arbeitsplatz« und in 8 Prozent der untersuchten Fälle »sonstige Gründe« (z.B. ausgebliebene Mietzahlungen, geplante Festnahmen) fest.

Abgesehen von der hohen Zahl fehlender Angaben können die genannten Gründe der Auffindung unter übergeordneten Kategorien zusammengefasst werden, so dass 1. wahrnehmbare visuelle und olfaktorische Anzeichen, 2. gezielte Kontaktaufnahmen des sozialen Umfelds und 3. zufällige Entdeckungen infolge institutionellen bzw. behördlichen Handelns unterschieden werden können. In der Auszählung überwiegen deutlich die Auffindungen infolge intendierter Kontaktaufnahmen.

Zusammengefasst weisen die empirisch belegten Ergebnisse hinsichtlich des Profils und der sozialen Hintergründe der Personengruppe darauf, dass die Todesfälle vor allem alleinlebende Männer im mittleren Alter betreffen, welche häufig mit unterschiedlichen psychosozialen Problematiken konfrontiert sind und einem eher sozial benachteiligten Milieu zugerechnet werden können.

4. Präventionsmaßnahmen und Interventionen

Einzelne Erklärungen – wie unzureichende soziale Netzwerke oder mangelnde Unterstützung durch die öffentliche Gesundheitsversorgung – wurden bereits angesprochen.

Die in den Arbeiten erwähnten – meist nicht näher ausgeführten – Maßnahmenvorschläge leiten sich aus den teils empirisch belegten, teils nur angenommenen Ursachen ab. Im Folgenden werden die benannten Präventions- und Interventionsmöglichkeiten gegen Einsamkeit, soziale Isolation sowie *einsames* Sterben und sozial isolierte Tode unter thematischen Überschriften zusammengefasst. Abgesehen von den Forscher:innen um van Hondel et al. (2016), die den Aktionsplan der Großstadt Rotterdam gegen Einsamkeit vorstellen, benennen die übrigen Veröffentlichungen einzelne Ansatzpunkte oder beziehen sich auf die Handlungsmöglichkeiten in kleinräumigen Gebieten (z.B. Dahl 2016, Loke 2019).

a. Stärkung der individuellen sozialen Netzwerke Bereits Gurley et al. (1996) sehen den besten Schutz in der Existenz aktiver sozialer Beziehungen und plädieren dafür, die Kontakte älterer Personen zu identifizieren und diese bei der Aufrechterhaltung zu unterstützen. Fukukawa (2011) belegt, dass zur Prävention sozial isolierten Sterbens die räumliche Nähe wichtiger ist als die familiäre und spricht sich für die Stärkung der örtlichen Nachbar:innenschaftsnetzwerke aus.

b. Kontrolle und Hilfe durch elektronische Hilfsmittel Bereits Gurley et al. (1996) erwähnten technische Hilfsmittel als ergänzende Möglichkeit, um die Unterstützung alleinstehender, relativ sozial isolierter Personen im Notfall sicherzustellen. In den letzten Jahren finden sich nun verstärkt Arbeiten, die die Möglichkeiten der Digitalisierung und der Nutzung sozialer Medien zur Vermeidung von Notlagen und von unbemerkten Todesfällen beschreiben.

Einige Veröffentlichungen sind sich der Limitationen von technischen Systemen bewusst, welche zwar Notlagen und unbemerkte Todesfälle, nicht aber belastende Gefühle der Einsamkeit und sozialer Isolation verhindern können und befürworten infolgedessen eine Kombination praktizierter sozialer Unterstützung und technischer Hilfsmittel. Ito et al. (2012) sehen in der Nutzung elektronischer Medien die grundsätzliche Möglichkeit des heimbasierten regelmäßigen Kontakts für und mit alleinlebenden Älteren. Takami/Torii/Ishii (2014) und Lee/Lee (2015) heben weniger die digitalen Kontaktmöglichkeiten hervor, sondern vielmehr die wachsende Bedeutung technischer Sicherheitssysteme zur Identifizierung und Vermeidung von Notlagen – vor allem älterer Personen. Beide Studien befürworten die permanente Überwachung des privaten Raums und des halböffentlichen Bereichs des Wohnhauses. Die Kehrseiten dieser digitalen Kontrolle – der Eingriff in die Privatsphäre und in die Freiheitsrechte – werden in den Arbeiten nicht näher reflektiert. Bei Kobayashi (2015) dagegen liegt der Schwerpunkt darin, mittels der technischen Systeme die direkte Nachbar:innenschaft und sonstigen sozialen Netzwerke älterer Personen einzubeziehen und durch die digitale Vernetzung zu stärken. Auch Nomura et al. (2016) befürworten die andauernde Fernüberwachung zur Gewährleistung der Sicherheit, sehen aber ebenso die Notwendigkeit, diese sowohl mit der Stärkung der persönlichen sozialen Netzwerke als auch mit aufsuchender Sozialarbeit zu verbinden.

c. Aufwertende sozialräumliche Maßnahmen im Wohnumfeld Auch Maßnahmen zur Steigerung der Lebensqualität des Wohnumfelds werden als geeignet angesehen, nachbarschaftliche Kontakte anzuregen, aufrechtzuerhalten und zu intensivieren. Tiefenbach

(2015) weist auf die positiven Auswirkungen einerseits durch Reduzierung von Umweltbelastungen wie Luft- und Lärmbelastung sowie andererseits durch Begrünungsmaßnahmen hin, welche dazu führen können, dass der öffentliche Raum wieder stärker durch die Bevölkerung genutzt wird. Loke (2019) hebt sowohl die Schaffung von Begegnungsorten als auch die Unterstützung durch aufsuchende Sozialarbeit im Sozialraum hervor. In der Untersuchung werden diverse exklusionsförderliche soziale, räumliche und (sozial-)infrastrukturelle Bedingungen identifiziert, welche zwischenmenschliche Begegnungen verhindern und den Rückzug der Bevölkerung aus dem öffentlichen Raum bewirken und dadurch das Risiko der Vereinsamung, sozialen Isolation und *unentdeckter* Tode erhöhen. Die möglichen Ansatzpunkte, um diesen sozialen Prozessen entgegenzusteuern, sieht Loke (2019) in der gezielten Gestaltung der exklusionsförderlichen Bedingungen mit einer »reflexiven räumlichen Haltung« (vgl. Kessl/Reutlinger 2007: 26) in einem breiten Bündnis aller im Sozialraum aktiven Akteur:innen. Dahl (2016: 154ff.) beschreibt den *Bottom-Up*-Ansatz in einer »danchi« (»planmäßig angelegte Großbausiedlung«), welcher mittels Kooperation lokaler Akteur:innen und der Partizipation der Bewohner:innenschaft eine »helfende Nachbarschaft« aufzubauen sucht. Zu den Maßnahmen gehören die Steigerung des gesellschaftlichen Problembewusstseins durch Aufklärung und Information, die Identifizierung und Überwachung ›gefährdeter‹ Personen, die Schaffung von Begegnungs- und Freizeitangeboten sowie die Vermittlung sozialer Unterstützungsleistungen.

d. Sozialstrukturelle Maßnahmen Einige Arbeiten sprechen sich für strukturelle Veränderungen des Sozial- und Gesundheitswesens aus, um ›gefährdete‹ Personen in stärkerem Maße zu erreichen und die Qualität der Unterstützungsleistungen zu verbessern. Nilsson und Lögdberg (2008) formulieren diese Notwendigkeit zur Erweiterung der ambulanten Gesundheitsversorgung vor allem für die Gruppe der Personen mit psychischen Erkrankungen. Buster et al. (2014) nehmen die öffentliche Gesundheitsversorgung insgesamt in den Blick und zeigen sich grundsätzlich von deren präventiver Wirkung überzeugt, bedauern jedoch, dass die Reichweite möglicher Maßnahmen durch rechtliche Bestimmungen begrenzt ist. Die Wahrung der Selbstbestimmungsrechte der Betroffenen führe mitunter dazu, dass die öffentlichen Gesundheitsdienste nicht tätig werden können, um potenzielle Gefahren abzuwenden. In anderen Publikationen fehlen rechtlich begründete Bedenken hinsichtlich der Beschränkung von Grundrechten. Satomu et al. (2015) sehen Eingriffe in die persönliche Freiheit zur Abwendung von Notlagen als gerechtfertigt an und befürworten obligatorische Hausbesuche sowie medizinische Kontrolluntersuchungen bei ›Risikogruppen‹. Dasselbe gilt für alle Arbeiten, in denen technische Überwachungssysteme vorgestellt oder befürwortet werden. Nomura et al. (2016) haben weniger die Gesundheits- als die Sozialdienste im Blick und sprechen sich für vermehrte Besuche von Sozialarbeitenden aus. Campobasso et al. (2009) sehen diese Maßnahme dagegen eher kritisch und verweisen auf die Metaanalyse von van Haastregt et al. (2000), welche durch präventive Hausbesuche keinen eindeutigen Einfluss auf den Gesundheitszustand belegt sahen.

In den meisten Publikationen werden ›Risikogruppen‹ bestimmt. Auch Kadoya (2005) verneint, dass unbemerkte Todesfälle alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen angehen, sondern sieht vor allem einkommensarme Personen betroffen. »Kodokushi«

– »einsame Tode« – ereigneten sich immer dann, wenn Einsamkeit mit Armut einhergehe. Grundsätzlich sollten daher Maßnahmen zur Armutsbekämpfung als präventive Maßnahme ergriffen werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die hinsichtlich der Prävention und Intervention notwendig erachteten strukturellen Maßnahmen vor allem die Gesundheits- und Sozialpolitik betreffen. Daneben sind in einigen Arbeiten – zumindest indirekt – auch Ansatzpunkte im Bereich der Städte- und Wohnungsbaupolitik angesprochen.

e. Appelle an die Eigeninitiative der Betroffenen Mitunter erfolgen Empfehlungen oder Appelle an die Eigenverantwortlichkeit der Betroffenen. Satomu et al. (2015) richten sich allgemein an alleinlebende Personen und raten diesen, besser auf sich selbst aufzupassen und nach Eintritt in den Ruhestand an Gemeinschaftsaktivitäten teilzunehmen, um so ein sozial isoliertes Sterben zu verhindern. Außerdem wird vorgeschlagen, dass Personen ohne häusliche Pflege eine Tageszeitung abonnieren sollten, um so das postmortale Intervall zu verkürzen[16].

f. Programme/Aktionspläne Nachdem in Rotterdam eine mumifizierte Wohnungsleiche erst zehn Jahre nach Todeseintritt aufgefunden wurde, entwickelte die Stadt einen Aktionsplan gegen Einsamkeit und soziale Isolation mit dem Titel »Voor Mekaar« (»Für einander«), der Maßnahmen im Bereich der Aufklärung, Information und Identifikation sowie des Aufbaus sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützungsleistungen umfasst (van den Hondel et al. 2016). Betroffene Personen selbst oder deren besorgtes Umfeld können sich telefonisch, online oder persönlich an 14 verschiedenen Stellen im Stadtgebiet melden und Unterstützung anfordern. Eine breite Informationskampagne soll für die Thematik sensibilisieren. Die Bewusstseinskampagne wird ergänzt durch Informationsveranstaltungen und -broschüren für betroffene und helfende Personen. Es gibt Appelle an einsame Personen selbst sowie an ihr Umfeld, mit anderen in Kontakt zu treten und gemeinsam aktiv zu werden. Auf Quartiersebene wird die Bildung sozialer Netzwerke unter Beteiligung lokaler Organisationen anzuregen versucht – mit dem Ziel, ›gefährdete‹ Personen über 65 Jahren zu identifizieren und mit diesen persönlichen Kontakt aufzunehmen. Personen über 75 Jahren werden grundsätzlich einmal jährlich zu Hause besucht, um notwendigen Unterstützungsbedarf zu bestimmen. Um auch Personen zu erreichen, die die öffentliche Gesundheitsversorgung ablehnen und/oder an Suchtabhängigkeiten leiden, gibt es eine Kooperation mit verschiedenen Ämtern und/oder der Polizei, welche Verdachtsfälle an die öffentliche Gesundheitsversorgung melden.

---

16 Die *Deutsche Post* hat von Juli 2014 bis Ende 2016 im Ruhrgebiet einen neuen Service »Post persönlich« für einen Preis von 40 Euro im Monat angeboten. Zielgruppe waren »alleinlebende ältere und behinderte Menschen«, bei denen die Postboten auf ihrer täglichen Runde klingeln und nachfragen sollten, wie es ihnen geht, auch dann, wenn dort keine Briefe zuzustellen waren. Voraussetzung für diesen Service war, dass die Postkund:innen von der *Johanniter-Unfall-Hilfe* im Rahmen des Hausnotrufs betreut wurden. Das jeweilige Befinden wurde dann der *Johanniter-Unfallhilfe* rückgemeldet und gegebenenfalls entsprechende Schritte eingeleitet. Im Ruhrgebiet wurde der Service wegen zu geringer Nachfrage eingestellt, und auch in Bremen wurde das Projekt nach Ende der einjährigen Testphase 2019 aus demselben Grund eingestellt.

Der Aktionsplan der Stadt Rotterdam fußt auf mehreren Säulen und zielt auf die Verstärkung des sozialen Zusammenhalts und eine planvolle Unterstützung ›gefährdeter‹ Personen durch breite Unterstützungsnetzwerke von staatlichen, zivilgesellschaftlichen und privaten Akteur:innen.

Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Der Gesamtblick auf den Forschungsstand macht deutlich, dass *unentdeckte* Tode und *einsames* Sterben inhaltlich mit verschiedenen gesellschaftlichen Entwicklungen und Problematiken verknüpft werden. Ein gehäuftes Auftreten wird nach Naturkatastrophen oder im urbanen Kontext, infolge der Erosion traditionaler gesellschaftlicher und familiärer Beziehungen (Buster/Kiers/Das 2013; Kato et al. 2017) bzw. infolge des abnehmenden gesellschaftlichen Zusammenhalts, des sozialen Wandels und der soziodemographischen Entwicklung (Lee/Lee 2015; Nomura et al. 2016) ebenso angenommen wie ein Zusammenhang mit sozialer Benachteiligung durch Armut, Arbeitslosigkeit oder durch psychische Erkrankungen und strukturell begründete unzureichende gesundheitliche und soziale Unterstützungsleistungen.

Entsprechend dieses weiten Begründungszusammenhangs werden die *unentdeckten* Todesfälle als Symbol verschiedener kritischer gesellschaftlicher Entwicklungen gedeutet. Die unbegleiteten Tode älterer Personen werden in den Publikationen aus Japan und Korea besonders problematisch angesehen. Lee und Lee (2015) sprechen in diesem Kontext von einer »Verletzung der Menschenwürde« und benennen die Problematik als »neue soziale Frage«, die dringend angegangen werden müsse, da zukünftig von einer wachsenden Zahl älterer alleinlebender und -sterbender Personen auszugehen sei. Nomura et al. (2016) heben hervor, dass sich dieses Problem gleichermaßen in allen alternden Gesellschaften mit erodierenden sozialen Beziehungen auspräge und zukünftig noch stärker zeigen werde. Auch Kato et al. (2017) sehen ein globales Problem für alle städtischen Einpersonenhaushalte, und betonen die Notwendigkeit weltweiter wissenschaftlicher Zusammenarbeit, um wirksame Maßnahmen zu entwickeln.

Auch diese Arbeit ist von der Überzeugung getragen, dass es sich um ein soziales Phänomen von hoher Bedeutung handelt, welches bislang insgesamt zu wenig Beachtung erfahren hat und grundlegend wie systematisch untersucht werden sollte. Die Gründe für die mangelnde Erforschung werden vor allem in einer stark ›vermeidenden‹ bzw. ›abwehrenden‹ Haltung gegenüber dem Gegenstand angenommen.

Die interdisziplinäre Herangehensweise erscheint aufgrund der Komplexität und Vielschichtigkeit des Phänomens unverzichtbar. Allerdings sind bisher vor allem die naturwissenschaftlichen bzw. (rechts-)medizinischen und weniger die sozialwissenschaftlichen Aspekte erforscht. Einige noch ungenügend beantwortete soziale Fragen seien exemplarisch angeführt: Sind *unentdeckte* Tode ein Symbol (problematischer) gesellschaftlicher Entwicklungen? Manifestiert sich soziale Ungleichheit am Lebensende auch in *unentdeckten* Todesfällen? Welche (sozial benachteiligten) Personen(-gruppen) sind vor allem gefährdet, allein und unbemerkt zu versterben? Welche sozialen (soziokulturellen und sozialstrukturellen) Bedingungen begünstigen das Auftreten *unentdeckter* Todesfälle? Wann sind ein *einsames* Sterben und ein *unentdeckter* Tod kritisch zu sehen und wann nicht?

Einsames Sterben und *unentdeckte* Tode ereignen sich zwar im privaten Raum, aber immer auch im gesellschaftlichen Kontext und im Verweis auf das soziale und räumliche Umfeld. Durch die naturwissenschaftliche Fokussierung ist die Analyse des Gesamtkontexts *unentdeckter* Tode bislang kaum erfolgt.

Es ist notwendig, die dürftige empirische Basis mittels umfassender empirischer Erhebungen *unentdeckter* Tode zu überprüfen sowie mittels theoretischer Grundlegungen zu erweitern und zu konsolidieren. Bestehende Widersprüche sind zu klären, Begrenzungen aufzuheben und Forschungslücken zu schließen bzw. zu minimieren.

2.2 Untersuchungsdesign und methodisches Vorgehen

Diese Arbeit zielt darauf ab, theoretische und empirische Erkenntnisse zu Faktoren bzw. Bedingungen in der Lebenslage zu gewinnen, durch welche Prozesse der Vereinzelung, Vereinsamung, der sozialen Exklusion und in den Folgen auch ein *einsames* Sterben und *unentdeckte* Tode begünstigt werden. Das Zusammenwirken der individuellen, gesellschaftlichen, sozialen wie räumlichen Bedingungsfaktoren wird abschließend anhand des »Interdependenten Mehrebenenmodells *unentdeckter* Tode« veranschaulicht (vgl. Kapitel 10).

Die Wahl der Methoden richtet sich nach den oben benannten Ausgangsfragestellungen – unter den vier Überschriften der Empirie, des statistischen Profils, des sozialen Hintergrunds sowie der Präventionsmaßnahmen und Interventionen.

Theorie und Empirie sind aufeinander bezogen und zielen in der Verknüpfung auf die wechselseitige Ergänzung sowie auf die Vertiefung der gewonnenen Erkenntnisse. Die Schwerpunkte unterscheiden sich: Vereinfacht formuliert zielt der theoretische Teil vor allem auf die Erläuterung der Teilkontexte und auf mögliche Zusammenhänge, der empirische Teil überprüft bisherige Annahmen, generiert neue Ergebnisse und exploriert – insbesondere durch die qualitative Forschung – die individuellen und sozialräumlichen Hintergründe.

1. Theoretische Untersuchung
Ziel der theoretischen Untersuchung ist es den Gesamtkontext zu explorieren und Erklärungen für *einsames* Sterben und *unentdeckte* Tode zu ermitteln. Auf der Makroebene geschieht dies durch die Betrachtung des gesellschaftlichen Umgangs mit Sterben, Tod und Einsamkeit. Eine abwehrende Haltung gegenüber Einsamkeit und der konkreten Erfahrung mit Sterben und Tod kann begründen, wie insbesondere vereinzelte und vereinsamte Personen ›unsichtbar‹ werden und ihr Tod in der Folge *unentdeckt* bleibt. Mit dem Blick auf das Phänomen des »kodokushi« in Japan wird auch eine international vergleichende Perspektive eingenommen und hinterfragt, inwiefern die dort gewonnenen Erkenntnisse auf die Situation in Deutschland übertragen werden können.

Auch aus den theoretischen Erkenntnissen und empirischen Ergebnissen der interdisziplinär ausgerichteten Thanatologie und Einsamkeitsforschung lassen sich Rückschlüsse für das Forschungsfeld der *unentdeckten* Tode ableiten. Die allgemeinen soziodemographischen Mortalitätsverhältnisse weisen auf soziale und geschlechtsspezifische Ungleichheiten am Lebensende. Der Vergleich der verschiedenen Sterbeorte

stellt die Spezifika des unbegleiteten Sterbens im eigenen Zuhause – wie beispielsweise verstärkte Gefühle der Einsamkeit und der Verlassenheit – heraus. Die empirische Einsamkeitsforschung belegt eine Reihe von Risikofaktoren der Einsamkeit, die sowohl die Morbidität als auch die Mortalität der Betroffenen erhöhen. Dadurch können wiederum Zusammenhänge zum *einsamen* Sterben und *unentdeckten* Toden geschlossen werden, die das allgemeine Verständnis vertiefen sowie die Interpretation der eigenen Ergebnisse fundieren bzw. ergänzen.

2. Empirische Untersuchung

Die empirische Erforschung des Phänomens erfolgt mittels Triangulation quantitativer und qualitativer Methoden. Durch die Kombination werden unterschiedliche Perspektiven auf das Phänomen der *unentdeckten* Tode eingenommen. Die deskriptivstatistische Analyse vermisst das Phänomen exemplarisch für zwei Kommunen. Die qualitative Sozialraumforschung gibt Einblick in die Lebens- und Sterbeverhältnisse eines Ortes mit gehäuftem Auftreten *unentdeckter* Todesfälle und ermöglicht ein vertieftes Verstehen und Erklären des Gesamtkontexts. Durch die Verbindung der methodischen Verfahren erweitert sich die Betrachtung, und es ergibt sich ein umfassenderes Bild des Forschungsgegenstands.

a. Quantitative Erhebung Es werden für zwei Großstädte in Nordrhein-Westfalen mit vergleichbarer Einwohnerzahl, aber differenter Sozialstruktur (Gelsenkirchen und Aachen) alle Todesfälle mit Angabe einer Liegezeit – von mindestens zwölf Stunden an zwei aufeinanderfolgenden Tagen – für eine Dekade (2006–2016) ausgezählt. Dies erfolgt durch die händische Sichtung der bei den Standesämtern vorliegenden Sterbefallanzeigen. Diese Dokumente enthalten neben dem Todestag bzw. -zeitraum (»Liegezeit«) auch Hinweise zum Geburtstag und -ort, der letzten Wohnadresse, dem Familienstand, der Nachkommenschaft und der Konfessionszugehörigkeit. Die Angaben zum Personenstand werden so umgewandelt, dass eine deskriptivstatistische Analyse mittels SPSS durchgeführt werden kann. Die Datenauswertung ermöglicht diverse Rückschlüsse: Einerseits wird die quantitative Entwicklung ((In-)Konstanz, Zu- oder Abnahme) *unentdeckter* Tode dokumentiert, andererseits wird durch die Auswertung der genannten Variablen ein statistisches Profil der Personengruppe(n) erkennbar. Schließlich kann die Anzahl *unentdeckter* Tode ins Verhältnis zu allen jährlichen Sterbefällen der Kommunen gesetzt werden. Durch die Auswertung in zwei unterschiedlichen Regionen kann rückgeschlossen werden, ob die Häufigkeit des Auftretens von lokalen Faktoren beeinflusst wird. Die Beschränkung der Erhebung auf zwei Kommunen in Nordrhein-Westfalen erfolgt aus forschungspraktischen Gründen: Einerseits, um an die bisherige Forschung anzuschließen und dabei die bereits geknüpften Kontakte zur Sozialverwaltung nutzen zu können. Andererseits ist wegen der übereinstimmenden Bundesland-Zugehörigkeit nur ein Antrag auf Einsicht in die Personenstandsregister nach Paragraph 66 (»Benutzung für wissenschaftliche Zwecke«) des Personenstandsgesetzes notwendig.

b. ›Kleine‹ Fall- und Feldstudie Der Forschungsstand weist auf eine Häufung der *unentdeckten* Todesfälle in bestimmten städtischen Bereichen. Die qualitative Sozialraumfor-

schung erfolgt an einem solchen Ort. Im konkreten Fall handelt es sich um ein Straßenteilstück mit insgesamt sechs Mehrfamilienhäusern und einer Bewohner:innenschaft, die im Verlauf der Jahre 2016 bis 2019 zwischen 39 und 51 Personen umfasste. Für einen zehnjährigen Zeitraum sind hier zehn *unentdeckte* Todesfälle mit einer Liegezeit zwischen zwei und mehr als 200 Tagen belegt. Die Hintergründe von drei Verstorbenen werden durch Befragungen der Nachbar:innenschaft beleuchtet. Außerdem berichten einzelne Anwohner:innen aus ihrem eigenen Leben und schildern psychosoziale Probleme, die auch bedingen, dass das Bemühen um nachbarschaftliche Fürsorge abnimmt. Die Schilderungen des Alltags lassen darüber hinaus die Möglichkeiten und Beschränkungen des Sozialraums erkennen.

Die Befragungen sind im Rahmen spontaner Begegnungen erfolgt. Die Gesprächsführung ist bewusst offen und nicht direktiv angelegt. Nach Setzung eines Erzählimpulses werden die Erzählungen durch Techniken des aktiven Zuhörens angeregt und bleiben somit weitestgehend frei von Lenkung durch die Interviewerin. Erst im späteren Verlauf werden Nachfragen zu den Verstorbenen und dem Sozialraum eingebracht. Die aufgezeichneten Gespräche werden mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) durch deduktive Kategorienbildung mit dem Ziel der inhaltlichen Strukturierung ausgewertet. Zusätzlich sind durch wiederholte *strukturierte Begehungen* Beobachtungen und Wahrnehmungen gesammelt worden, auf deren Basis exklusionsförderliche Bedingungen bestimmt werden.

Die näheren Ausführungen zur Vorbereitung der empirischen Untersuchungen, der Operationalisierung der zentralen Begriffe sowie zu den angewandten Methoden in der Datenerhebung und -auswertung erfolgen in den entsprechenden Kapiteln.

3. Thanatologie – ausgesuchte Aspekte

Thanatos ist ein Totengott in der griechischen Mythologie[1]. Die nach ihm benannte Wissenschaft beschäftigt sich mit dem weitläufigen Kontext von Sterben und Tod. Die Thanatologie als »breite Forschung zum Lebensende« (Wittwer/Schäfer/Frewer 2010: VIII) wird von verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen – wie beispielsweise Soziologie, Psychologie, Medizin, Geschichte, Ethnologie, Religion, Kunst, Politik, Recht, Wirtschaft, Medien, Bildung oder Biologie – ausgeführt (Feldmann, 2010a: 9). Feldmann (ebd.: 7) spricht pointiert von einer »nomadisierenden Wissenschaft«, da das Fachgebiet von unterschiedlichen Spezialdisziplinen meist nur kurz besucht und dann wieder verlassen wird. Wittwer/Schäfer/Frewer (2010: VIIIf.) unterscheiden vier grundlegende Fragerichtungen in der Beschäftigung mit Sterben und Tod, denen entsprechende – naturwissenschaftliche, empirische, historisch-anthropologische sowie evaluative und normative – Disziplinen zugeordnet werden:

1. Naturwissenschaftliche Untersuchungen beziehen sich beispielsweise auf die Ursachen und Prozesse des Alterns und der Sterblichkeit, auf unterschiedliche Todesursachen und deren Häufigkeit. Die Medizin als angewandte Wissenschaft zielt darauf ab, Krankheit und Schmerzen zu beheben oder zu lindern und den Tod abzuwenden (ebd.).
2. Die empirisch ausgerichteten Wissenschaften wie Psychologie oder Soziologie legen den Fokus auf die Erforschung der gegenwärtigen Verhältnisse wie deren Auswirkungen und untersuchen beispielsweise Einstellungen zu Tod und Sterben sowie den Umgang mit dem eigenen oder dem fremden Sterben[2].
3. Geschichts- und Religionswissenschaft sowie Ethnologie befassen sich in stärkerem Maße unter historisch-anthropologischem Blick mit den Ursprüngen, Formen und historischen Veränderungen im Umgang mit Sterben und Tod (ebd.).

---

1 »In der griechischen Mythologie ist Thanatos die Personifikation des Todes, Bruder des Hypnos, Gott des Schlafes« (Knoblauch 1999: 81).

2 Hahn (1968: 1) hebt hervor, dass der Tod nur dadurch zu einem Objekt der Soziologie wird, indem Menschen sich zu diesem Ereignis verhalten – sei es der eigene oder der fremde Tod.

4. Die normativen Wissenschaften – Philosophie, Ethik und die Rechtswissenschaft – beschäftigen sich schwerpunktmäßig mit den evaluativen und normativen Fragen, die aus der Sterblichkeit folgen (ebd.).

Thanatologische Forschungsaktivitäten sind deutlich durch medizinische Fragestellungen dominiert (Feldmann 2018: 24ff.) und öffentliche Stellungnahmen im Kontext von Sterben und Tod sind vor allem normativ geprägt (Feldmann 2010a: 8). Diese Arbeit repräsentiert vor allem die soziologische Sicht auf das Themenfeld und integriert unter anderem Erkenntnisse der Medizin und der Psychologie. Die deutschsprachige Soziologie behandelt die Themen Sterben und Tod zwar selten, vernachlässigt diese aber nicht vollständig (Jakoby/Thönnes 2017: 1f.; Feldmann 2010a: 7f. und 10ff.; Feldmann 2010b: 62). Der Fokus der Thanatosoziologie richtet sich auf die soziale Dimension von Sterben und Tod. Die sozialen Prozesse sind auch am Lebensende eingebunden in menschliche Interaktionen und Kommunikationen, soziale Handlungen und soziale Kontexte sowie sie von gesellschaftlichen Strukturen, Institutionen, Normen und Werten geprägt werden (vgl. Jakoby/Thönnes 2017: 2). Dies gilt auch für *unentdeckte* Tode mit höheren Liegezeiten: Deren Charakteristika sind gerade das Fehlen unterstützender sozialer Netzwerke wie auch – von Seiten des sozialen Umfelds – die Nichtbeachtung der sozialen Absenz und die ausbleibenden Reaktionen auf den Tod. Sterben und Tod vollziehen sich zwar in einem sozialen Kontext, sind aber scheinbar isoliert und abgesondert von demselben.

In diesem Kapitel werden vier thanatologische Schwerpunktsetzungen gewählt, die vor allem durch die Kontrastierung zum ›durchschnittlichen‹ Verlauf des Sterbens und des Todes das Verständnis für die Besonderheiten *einsamen* Sterbens und *unentdeckter* Tode fördern.

1. Das differenzierte Sterbekonzept (Wittwer/Schäfer/Frewer 2010; Feldmann 2010a: 17ff. und 2010b: 63f; Bromley 1974: 267, zit.n. Wittkowski/Strenge 2011: 41) verdeutlicht durch die mehrdimensionale Betrachtungsweise, dass weder der Beginn des Sterbens noch die Bestimmung des Sterbens und des Todes eindeutig festzulegen sind, sondern vom jeweiligen – disziplinären bzw. soziokulturellen – Blickwinkel abhängen, so dass für den Einzelfall parallel unterschiedliche Zustände des Lebens und des Sterbens zu beschreiben sind.
2. Eine Mehrheit der Deutschen möchte im eigenen Zuhause sterben (Haumann 2016: 22; Statista 2020a). Der theoretische und empirische Vergleich der verschiedenen Sterbeorte und ihrer Spezifika veranschaulicht, dass dies sicherlich für das sozial unterstützte, aber weniger für das unbegleitete Sterben im privaten Bereich zutrifft.
3. Auch wenn der Tod alle Gesellschaftsmitglieder gleichermaßen betrifft, so sind die Sterblichkeitsverhältnisse durch soziale Ungleichheit geprägt. Die Lebensdauer und die Todesumstände differieren abhängig vom Geschlecht, sozioökonomischem Status und dem Wohnort. Mögliche Benachteiligungen am Lebensende werden herausgearbeitet und erklärt, um im Weiteren die eigenen empirischen Ergebnisse zu *unentdeckten* Todesfällen vor diesem Hintergrund zu beurteilen.
4. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Mortalitätsverhältnissen werden in einem eigenen Kapitel betrachtet und um Hinweise zur spezifischen Lebensstil- und Beziehungsgestaltung von Männern und Frauen ergänzt.

3.1 Das differenzierte Sterbekonzept

Sterben und Tod weisen unterschiedliche Positionen hinsichtlich des Lebens auf. Sterben bedeutet Leben bis zum Eintritt des Todes. Der Tod markiert den Endpunkt des Sterbegeschehens und bedeutet den Ausschluss des Lebens, das »Fehlen von Leben in einer psycho-physischen Dimension« (Wittkowski/Strenge 2011: 31). Ein Sterben ohne Endpunkt ist nicht möglich, prinzipiell ist das Sterben jedoch reversibel (Feldmann 2010a: 20). Nicht immer geht dem Tod eine Phase des Sterbens voraus, sondern der Tod kann auch plötzlich und unerwartet ohne erkennbare bzw. mit sehr verkürzter Sterbephase auftreten (Müller-Busch 2013: 10). Für die Bezugspersonen bedeutet dies, dass die Sterbebearbeitung nicht prämortal beginnen kann, sondern postmortal und nachholend einsetzen muss (Feldmann 2018: 23f.) Da sich die Erkenntnisse über den Tod nicht durch (allgemein nachvollziehbare) Erfahrungen begründen lassen, bleibt das Wesen des Todes grundsätzlich unbestimmbar (Müller-Busch 2013: 202)[3].

Das zugrundeliegende Verständnis von ›Sterben‹ und ›Tod‹ ist weit gefasst und stützt sich auf die Auffassung, dass diese komplexen interdependenten Geschehen auf verschiedenen Ebenen beobachtet, untersucht und erklärt werden können. Ein differenziertes Sterbekonzept, wie es dieser Arbeit zugrunde liegt, betrachtet Sterben und Tod unter biologischem, psychischem und sozialem Aspekt (Bromley 1974: 267, zit.n. Wittkowski/Strenge 2011: 41; Wittwer/Schäfer/Frewer 2010; Feldmann 2010a: 17ff.; Feldmann 2010b: 62ff.; Feldmann 2018: 43ff.; Hoffmann 2011: 184ff.)[4]. Die benannten drei Aspekte sind disziplinspezifisch vor allem der Medizin, der Psychologie und der Soziologie zuzuordnen.

Unter biologischem Gesichtspunkt geht es im Sterbeprozess um physiologische und medizinische Vorgänge, das heißt um körperlichen Abbau und um Krankheit (Wittkowski/Strenge 2011: 41). Aus der Sicht der Psychologie stehen die Gedanken, Gefühle und Bedürfnisse – also das Erleben – und das daraus folgende Verhalten der Sterbenden im Fokus (ebd.). Der soziale Aspekt bezieht sich auf »die zwischenmenschlichen, institutionellen wie kulturellen Prozesse« des Sterbens (ebd.). Dementsprechend bezeichnet der physische Tod das biologische Lebensende (Trachsel/Maercker 2016: 2). Mit dem psychischen Tod ist der innerpsychische Prozess des Sterbens gemeint, der nach dem irreversiblen Verlust des Bewusstseins eintritt (Wittkowski/Strenge 2011: 142)[5]. Der soziale Tod bedeutet – allgemein formuliert – das »Ende der Teilnahme an der menschlichen Gemeinschaft« (Shewmon 2001, zit.n. ebd.).

Das dreifach differenzierte Sterbekonzept systematisiert die vielfältigen Verluste als:

---

3 Ausnahmen bilden Schilderungen von Nah-Tod-Erfahrungen. Eine intensive Auseinandersetzung findet sich beispielsweise bei Knoblauch (1999).

4 In der Palliativmedizin und in der Hospizarbeit sind die Erkenntnisse über die Zusammenhänge des physischen, psychischen und sozialen Sterbens – auch unter Berücksichtigung der spirituellen Dimension – von zentraler Bedeutung (Lattanzi-Licht 2003: 197; Wittkowski/Strenge 2011: 41).

5 Shewmon (2001; zit.n. Wittkowski/Strenge 2011:142) verwendet in der Debatte um die Angemessenheit des Hirntodkriteriums synonym den Begriff des personalen Todes in Unterscheidung zum biologischen und sozialen Tod.

- Physisches Sterben: (schrittweiser) Verlust von Körperfunktionen (z.B. Motorik, Wahrnehmung) und Körperteilen
- Psychisches Sterben: (schrittweiser) Verlust von mentalen Kompetenzen und Bewusstseinsaspekten (Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Verständnis komplexer Kommunikation usw.)
- Soziales Sterben: (schrittweiser) Verlust von sozialen Beziehungen und sozialem Kapital (z.B. Sterben von Bezugspersonen, Wegfall der Beziehungen zu Arbeitskolleg:innen) (Feldmann 2018: 45)

Nach dieser Lesart können beispielsweise die Folgen einer schweren Erkrankung oder des Verlusts einer wichtigen Bezugsperson als Sterbeprozesse auf der körperlichen Ebene sowie aus psychologischer und mikrosoziologischer Perspektive differenziert betrachtet werden, wodurch auch die vielfältigen Wechselwirkungen der drei Aspekte deutlich hervortreten.

1. Physisches Sterben und physischer Tod

Unter biologischem Gesichtspunkt richtet sich der Fokus auf den Organismus als Ganzes. Das physische Sterben vollzieht sich als körperlicher Abbau bzw. Krankheit und geht mit physiologischen und medizinischen Vorgängen einher (Wittkowski/Strenge 2011: 41). Den Beginn der Sterbephase markieren Funktionseinschränkungen eines oder mehrerer lebenswichtiger Organe (Trachsel/Maercker 2016: 6). Der fortgeschrittene Sterbevorgang ist eindeutig durch die Reduktion wesentlicher Körperfunktionen (z.B. Hirnaktivität, Kreislauf, Herzschlag, Atmung) charakterisiert (Erbguth, 2010: 40). Es gibt aber auch körperliche Zustände, bei denen eine eindeutige Definition nicht möglich ist (ebd.). Auch der medizinische ›point of no return‹ ist nur unscharf zu bezeichnen. In der Praxis kann sich die angenommene Finalität durch den Wechsel von kurativer auf palliative Versorgung ausdrücken (ebd.).

In zeitlicher Perspektive sind eindeutige und allgemeingültige Aussagen zum Beginn und zur Dauer des Sterbens schwierig. Bei Personen, die im Krankenhaus sterben, werden meist die letzten vier bis sieben Tage als Sterbephase bezeichnet (Trachsel/Maercker 2016: 6). Der traditionale, eng gefasste Sterbebegriff bezeichnet dagegen das finale organismische Geschehen kurz vor dem physischen Tod – mit körperlichen Symptomen wie Unruhe oder ›Schnappatmung‹ – als Sterben bzw. Agonie (Wittkowski/Strenge 2011: 87). Das körperliche Sterben ist in den meisten Fällen ein progredienter Prozess, an dessen Ende die Organe und körperlichen Vorgänge zu unterschiedlichen Zeitpunkten ihre Funktion einstellen (Trachsel/Maercker 2016: 2).

Ab welchem Zeitpunkt der physische Tod eines Menschen diagnostiziert werden kann, wird unterschiedlich beantwortet. Zu unterscheiden sind 1. der biologische Tod, 2. der klinische Tod und 3. der Hirntod. Der biologische Tod bezeichnet den umfassenden, irreversiblen Organ- und Zelltod (ebd.). So lange wie nur einzelne Organe oder Gewebe ihre Funktion verlieren, ist der biologische Tod noch nicht eingetreten (ebd.). Beim sogenannten klinischen Tod – dem Ausfall von Atmung, Herzschlag und Kreislauf – ist es möglich, durch intensivmedizinische Maßnahmen den Blutkreislauf und die Sauerstoffversorgung auch über längere Zeit aufrecht zu erhalten (ebd.). Wenn

die Funktionen des Gehirns irreversibel erloschen sind, spricht man in der Medizin vom »Hirntod« oder »Individualtod« (ebd.). Bis jedoch alle Körperzellen abgestorben und keine Körperreaktionen mehr auszulösen sind, vergeht eine weitere Zeitspanne, die als »intermediäres Leben« oder »Supravitalität« bezeichnet wird (ebd.) Vom biologischen Tod kann erst gesprochen werden, wenn alle menschlichen Zellen im Körper abgestorben sind (Erbguth 2010: 40). Als sichere Todeszeichen gelten in der Medizin: Totenflecken, Totenstarre, Fäulnis (Trachsel/Maercker 2016: 3) und mit dem Leben nicht zu vereinbarende Verletzungen wie z.B. ein abgetrennter Kopf (Erbguth 2010: 47).

2. Psychisches Sterben und psychischer Tod

In psychologischer Perspektive richtet sich der Fokus auf das Erleben – Gedanken, Gefühle, Bedürfnisse – und das daraus resultierende Verhalten der Sterbenden (Wittkowski/Strenge 2011: 41). Der Beginn des psychischen Sterbens kann in dieser Lesart durch das Todesbewusstsein bzw. durch das veränderte Selbstbild des Sterbenden markiert werden. Diese intrapsychische Orientierung kann sich auch in den Kommunikations- und Interaktionsbeziehungen der Sterbenden mit ihrem sozialen Umfeld ausdrücken, indem beispielsweise die tödliche Erkrankung offen thematisiert wird (ebd.: 64).

Das psychische Sterben umfasst die kognitiven Prozesse der Wahrnehmung, der Bewertung und der Anpassung, die unheilbar kranke Personen durchlaufen (ebd.: 65). Angesichts des bevorstehenden Todes setzen Bewältigungsstrategien ein, um die nahende Verlusterfahrung der subjektiv bedeutsamen sozialen, geistigen und materiellen Welt annehmen zu können. Viele Sterbende ordnen ihre Angelegenheiten und nehmen bewusst Abschied von bedeutsamen Personen, Orten und Dingen (ebd.: 80).

Nach dieser Definition können dementiell beeinträchtigte Personen nur dann als Sterbende betrachtet werden, wenn sie (noch) über die Fähigkeit zur kritischen Selbstreflexion verfügen (ebd.: 84)[6]. Entscheidendes Kriterium für die Beurteilung ist, dass sie ihr Sterbebewusstsein kommunizieren können – wie es beispielsweise zu Beginn einer Alzheimer-Demenz möglich ist (ebd.). Im Falle einer das Bewusstsein und die Wahrnehmung stark beeinträchtigenden psychiatrischen Erkrankung kann dagegen nicht von einem Prozess des psychischen Sterbens gesprochen werden. Dasselbe gilt auch, wenn die Mitteilung, sterbenskrank zu sein, einer wahnhaften Vorstellung entspringt. Die psychische Überzeugung des Sterbens besitzt nur in Übereinstimmung zu objektiven (an physiologischen und medizinischen Vorgängen festgemachten) Definitionen des Sterbens Gültigkeit (ebd.: 69).

Im Falle eines tödlichen Unfalls ist von keiner oder aber einer sehr verkürzten psychischen Sterbephase auszugehen. Wenn die medizinische Diagnose fehlt, und ein Mensch nicht über seinen körperlichen Zustand informiert ist, kann das subjektive Erleben –

6 Borasio (2011: 65) weist zu Recht darauf hin, dass bei dementiell erkrankten Personen zwar Gedächtnis und Sprache stark beeinträchtigt sein können, dass aber die Fähigkeiten zum emotionalen Ausdruck und zu nonverbaler Kommunikation dagegen gesteigert sein können. Im Umgang mit dementiell beeinträchtigten Personen ist es daher notwendig, anders zu kommunizieren und in der Pflege bzw. (Sterbe-)Begleitung entsprechende Methoden wie beispielsweise Validation anzuwenden.

unabhängig von fortgeschrittenen somatischen Krankheitsprozessen – durch unbeeinträchtigtes ›Wohlbefinden‹ und fehlendes Sterbebewusstsein bestimmt sein (ebd.: 70f.). Aber auch der umgekehrte Fall ist denkbar: Bei einer Hinrichtung ist meist der exakte Todeszeitpunkt bekannt. Der zum Tode Verurteilte ist als Sterbender bestimmt und sich dessen selbst bewusst – und befindet sich dennoch möglicherweise in einem Zustand vollkommener körperlicher Gesundheit (ebd.: 86). Der Sterbende kennt im Vorfeld auch seine konkrete Todesursache – die spezifische Art der Tötung. Hier zeigt sich eine Parallele zu Personen, die ihren Suizid planen (ebd.).

Ungeachtet der erwähnten Limitationen ist diese Definition des psychischen Sterbens dadurch charakterisiert, dass objektive und subjektive Faktoren – das heißt: die medizinische Diagnose und das Sterbebewusstsein – gleichermaßen einbezogen werden (ebd.: 71). Die medizinisch-naturwissenschaftliche ist durch die psychologisch-verhaltenswissenschaftliche Sicht ergänzt (ebd.: 87). Dies zeigt sich in der Praxis auch dadurch, dass in der Regel zunächst die Mitteilung über die tödliche Diagnose durch Mediziner:innen erfolgt, welche die intrapsychischen Prozesse der Bewältigung und Anpassung – das heißt: die psychischen Sterbeprozesse – auslöst. Das intrapsychische Erleben wird berücksichtigt, sofern es durch den Sterbenden mitgeteilt werden kann bzw. in dessen Verhalten zu beobachten ist. Damit lässt sich der Anfangspunkt des psychischen Sterbens einigermaßen zuverlässig bestimmen. Die Dauer des Sterbeprozesses ist – im Vergleich zum eng gefassten medizinischen Verständnis – meist wesentlich ausgedehnter (ebd.). Für bestimmte Personengruppen oder Todesarten kann – wie dargestellt – im Sinne dieser Definition unterstellt werden, dass die Phase des psychischen Sterbens fehlt bzw. sehr verkürzt ist. Der psychische Tod als Endpunkt dieses Prozesses – im Sinne eines (messbaren) irreversiblen Bewusstseinsverlusts – kann dagegen für alle Personen diagnostiziert werden (ebd.: 142).

Das bewusste psychische Sterben ist meist mit gravierenden psycho-physischen Beeinträchtigungen verbunden: Es treten Schmerzen – im Sinne des »total pain«[7] – über den Verlust des Lebens und des Lebenssinns sowie Ängste vor Sterben und Tod auf (Müller-Busch 2013: 138ff.; Trachsel/Maercker 2016: 18). Die Reaktionen der Sterbenden können angesichts der Unabwendbarkeit des Todes sehr verschieden sein und beispielsweise von Abwehr, Verdrängung, Schuldgefühlen oder Akzeptanz geprägt sein (Müller-Busch 2013: 14)[8]. Falls die begleitenden Personen die verschiedenen Formen der Abwehr wie »Vermeidungsverhalten, Aggression, übermäßige Anpassung, Regression in kindliche Verhaltensweisen und Abhängigkeiten, Sublimierung, Rationalisierung und Konzentration auf Randprobleme« (ebd.: 183) nicht erkennen, können Konflikte entstehen und/oder der Prozess des psychischen Sterbens bzw. die Annahme des nahenden Todes erschwert sein. Die Ängste vor dem Sterben und dem Tod unterscheiden sich

7 Der Begriff »total pain« geht auf Dame Cicely Saunders zurück und betont die Notwendigkeit der Anerkennung des Schmerzes als ganzheitliches Phänomen (Saunders/Baines 1989:148; vgl. Müller-Busch 2013: 148).

8 Scham-, Ekel- und Schuldgefühle können sowohl bei den Sterbenden als auch bei Angehörigen und professionellen Begleiter:innen auftreten (Müller-Busch 2013: 154ff.). Schamgefühle der Sterbenden treten oft maskiert auf, etwa als Angst, Schuld, Wut oder Traurigkeit und dienen dem Selbstschutz der Sterbenden, der Erhaltung von Identität und Würde (ebd.: 158ff.).

nicht nur abhängig von der Schwere der Erkrankung, sondern sind auch von Faktoren wie Coping-Strategien, sozialen Beziehungen und religiösen Einstellungen beeinflusst (Morgan 2003: 30). In dem Bewusstsein des zeitlich befristeten Lebens stellen sich fast immer auch Fragen nach dem Sinn – und dies sowohl im Rückblick als auch »in der transzendierenden Dimension« (Müller-Busch 2013: 193ff.). Bei bis zu 40 Prozent aller Sterbenden können depressive Syndrome auftreten, und bei der Hälfte der unheilbar kranken Personen bestehen Gedanken an Suizid (Trachsel/Maercker 2016: 24f.). Bis zu 80 Prozent der Sterbenden durchlaufen am Lebensende eine Phase der Verwirrtheit (ebd.: 26).

3. Soziales Sterben und sozialer Tod

Das soziologische Konzept des sozialen Todes umfasst soziokulturelle Auslegungen, nach denen Lebende als tot und Tote als lebendig gelten (Fuchs-Heinritz 2010: 133). Historisch gesehen dominieren Vorstellungen, nach denen die soziale Existenz nicht mit dem biologischen Tod endet, aber auch aktuell finden sich entsprechende Praktiken und Auffassungen (ebd.) bzw. gelten als »weit verbreitet« (Feldmann 2010a: 70). Die kulturvergleichende Perspektive verdeutlicht die soziokulturelle Formung des Umgangs mit Sterben und Tod. In den meisten Kulturen ist der Umgang mit den Toten und dem »Tod als Übergang« in einen anderen Zustand rituell festgelegt (Feldmann 2010a: 65). In der Übergangszeit wird der physisch Tote in der Regel noch »als Mitglied der Gemeinschaft angesehen und <behandelt>« (Feldmann 1998: 97)[9].

Fuchs-Heinritz (2010: 133ff.) rezipiert die Begriffsgeschichte und unterscheidet in der historischen Abfolge vier Konzeptionen des ›sozialen Sterbens‹ bzw. des ›sozialen Todes‹.

1. Auguste Comte (1798–1857), der (Mit-)Begründer und Namensgeber der Soziologie, bezeichnet in seinem religiösen Spätwerk mit »mort sociale« den moralisch begründeten »sozialen Ausschluss« von Menschen durch die Priesterschaft des positiven Zeitalters – bei gleichzeitiger Tilgung der Erinnerung an diese und deren Leistungen (ebd.; Fuchs-Heinritz 1995: 19ff.).
2. Jacob Levy Moreno (1889–1974), der Begründer der *Soziometrie*, bestimmt im Jahr 1947 den Verlust von signifikanten Beziehungspartner:innen als »social death« (Fuchs-Heinritz 2010: 133). Der Sterbeprozess vollziehe sich von außen nach innen. Das soziale Beziehungsgefüge (»social atom«) werde durch jeden einzelnen Verlust irritiert und könne schließlich zerfallen, wenn kein Ausgleich durch das Eingehen neuer Sozialkontakte erfolge. Gewöhnlicherweise überlebe das »soziale Atom« den individuellen physischen Tod und sichereso das postmortale soziale Weiterleben (ebd.).

9 Das auf der indonesischen Insel Sulawesi beheimatete Naturvolk der Turaja bringt die Verbundenheit mit den Verstorbenen ganz praktisch zum Ausdruck: Die Turaja leben mit den ›verstorbenen‹ Angehörigen noch über Jahre in einem Haushalt zusammen. Die bis zur Beisetzung als ›Kranke‹ bezeichneten Angehörigen bleiben (einbalsamiert) im Haushalt der Familie, nehmen am sozialen Leben teil, werden versorgt und gepflegt. Als Tote gelten sie erst, nachdem sie in einer aufwendigen und prunkvollen Zeremonie beigesetzt wurden (Schaarmann 2015).

3. Durch die soziologische Feldforschung über Sterben und Tod von Glaser und Strauss (1965/66) wird die Begriffsprägung präzisiert und das Sterben als sozialer Prozess empirisch fassbar (ebd.). Glaser und Strauss bestimmen die (terminale) Sterbephase als Statuspassage und benennen in späteren Arbeiten verschiedene Ablaufformen dieser »dying trajectory«.
4. In den 1960er Jahren untersucht auch David Sudnow, ein Schüler und Mitarbeiter Erving Goffmans, mittels einer organisationssoziologischen Studie in zwei amerikanischen Kliniken mit empirischen sozialwissenschaftlichen Methoden Sterben und Tod als (organisierte) soziale Phänomene. In seiner Feldforschung beobachtet er die Arbeitsabläufe der Mediziner:innen und des Pflegepersonals im Umgang mit Sterbenden und Toten. Sudnow (1973: 98) stellt fest, dass sich das Verhalten der professionellen Kräfte sowie der Angehörigen verändert, wenn eine Sterbediagnose gestellt ist: Die Rücksichtnahme und die Fürsorgemaßnahmen nehmen ab. Die soziale Existenz ist offenbar früher beendet als die physische. Neben dem »klinischen« und dem »biologischen« Tod bestimmt Sudnow (ebd.) erstmalig auch den »sozialen Tod« als Zeitpunkt, ab dem »der – <klinisch> und <biologisch> noch lebende Patient – im wesentlichen als Leiche behandelt wird«. Der »soziale Tod« tritt in dem Moment ein, »in dem die sozial relevanten Attribute des Patienten für den Umgang mit ihm keine Rolle mehr spielen« (ebd.). Dies ist beispielsweise der Fall, wenn die geplante Obduktion im Beisein komatöser Patient:innen besprochen wird (ebd.: 98f.).

Rammstedt (2007: 318f.) ergänzt die Begriffsgeschichte des sozialen Todes um den Terminus der »Involution«, welcher auf Albert G. Schäffle zurückgeht und »die Zeit des Verfalls eines sozialen Organismus bis hin zur völligen Auflösung (sozialer Tod), zum Zerfall der sozialen Gebilde in unzusammenhängende Individuen mit ungleichartigen Handlungszielen« bezeichnet. Der Begriff Involution wird von Schäffle als »Korrigendum« zum meist progressiv gedeuteten Begriff Evolution verstanden (ebd.). Auch Feldmann (1997: 106f. und 1998: 106) weist auf die Möglichkeit des Sterbens sozialer und kultureller Gebilde hin – wie beispielsweise »konkrete Familien oder ganze Gemeinden«, wenngleich diese in der Regel »langlebiger« seien als Individuen (Feldmann 1998: 106)[10].

Der soziale Tod kann – wie bei der Konzeption von Comte – alle Formen eines dauerhaften und meist endgültigen sozialen Ausschlusses von Einzelnen aus dem sozialen Leben bezeichnen und mit der Attribuierung des Für-tot-Erklärens verbunden sein (Fuchs-Heinritz 2010: 133). Historische Beispiele hierfür sind der Verlust der familiären Zugehörigkeit und des ursprünglichen Namens durch Versklavung sowie der soziale Ausschluss bzw. die Isolierung von Menschen, die an einer gefährlichen Infektion erkrankt waren (ebd.). Feldmann (2018: 107) sieht als weitere, auch gegenwärtig gültige Möglichkeit, dass die Verurteilung zu einer »lebenslänglichen« Strafe für die Betroffenen den sozialen Tod bedeuten kann. Goffman (1973) beschreibt den »civil death« durch »Rituale der sozialen

10 Die Eigenschaften ›sozial sterbend‹ und ›sozial tot‹ werden jedoch nicht nur Lebendigem zugesprochen, sondern auch als Metapher für Räume verwandt: Ein ›toter‹ Raum ist ein Raum, der brach liegt und nicht genutzt wird, sterbende Dörfer oder Landschaften können entlegene ländliche Gebiete sein, die aufgrund von starker Alterung und Abwanderung »demografisch austrocknen« (Berlin-Institut 2011: 8).

<Entkleidung>« als »eine gravierende Form des sozialen Todes« bei Insass:innen von Gefängnissen und psychiatrischen Kliniken (Feldmann 1997: 63). In rechtlicher Perspektive kann eine lang vermisste Person für ›tot erklärt‹ werden – unabhängig davon, ob der physische Tod nachweislich eingetreten ist (Fuchs-Heinritz 2010: 134). Feldmann (2010a: 138) verweist auf mögliche schwerwiegende Interaktionsprobleme, wenn solche Personen – beispielsweise nach Kriegsgeschehen – Jahre später überraschend erscheinen, da die sozialen Stellen, Positionen und Rollen besetzt oder aufgegeben sein können.

Soweit die Ausführungen zur engeren Auslegung des Begriffs ›sozialer Tod‹ als dauerhaften bzw. meist irreversiblen Ausschluss aus dem ›normalen‹ sozialen Leben. In den vergangenen Jahrzehnten hat sich ein erweitertes Verständnis des sozialen Todes bzw. definitionsgemäß richtig: des sozialen Sterbens es handelt sich um ein prozessuales Geschehen durchgesetzt. Hiernach können »alle möglichen Formen einer auferlegten Minderung der Teilhabe am sozialen Leben« als soziales Sterben verstanden werden (Fuchs-Heinritz 2010: 134). Diese umfassende Auslegung versteht das soziale Sterben allgemein als soziale Exklusionserfahrung, die einerseits durch den »Verlust von sozialen Teilhabechancen« und/oder andererseits durch den »Prozess der Desintegration« von Personen(-gruppen) bestimmt sein kann (Feldmann 2010a: 132). Feldmann (2018: 46) differenziert in seiner Definition mögliche Ursachen dieses (graduellen) sozialen Ausschlusses: »Soziales Sterben kann als schwerwiegender Verlust von Anerkennung, sozialer Teilhabe, Interaktions- und Kommunikationschancen, Positionen und Rollen definiert werden.«

Konkrete Beispiele für soziale Sterbeerfahrungen sind Phänomene der Altersphase wie der Eintritt in das Rentenalter oder die Unterbringung in eine Pflegeeinrichtung und die soziale Exklusion etwa von Personen mit geringem Einkommen, Migrationshintergrund oder mit bestimmten sexuellen Orientierungen. Folgt man der breiten Auffassung des sozialen Sterbens »als Rollenverlust, als Segregation, als Stigmatisiertwerden, als Marginalisierung und als Exklusionserfahrung« (Fuchs-Heinritz 2010: 134), so handelt es sich um allgemeine soziale Sterbeerfahrungen, die ständig und überall vorkommen. Schulversagen, Ortswechsel, Scheidung, Verwitwung, Arbeitslosigkeit, Krankheit und Unfälle stellen nur einige ›durchschnittliche‹ Ereignisse dar, mittels derer das soziale Sterben im Lebensverlauf »eingeübt« wird (Feldmann 2010a: 133): »Soziales Sterben wird frühzeitig eingeübt durch die Schwankungen im Status innerhalb von Gruppen, den Verlust von Rollen, durch Wechsel von Orten und Organisationen und viele andere Erfahrungen von (tatsächlichem oder antizipiertem) sozialem Verlust«.

Wie ›erfolgreich‹ solche ›Übungen‹ des sozialen Sterbens erfahren werden, dürfte von der Dauer des Geschehens und dem Ausmaß der erlebten Beeinträchtigungen ebenso abhängen wie von den individuellen Coping-Strategien und den sozialen Unterstützungsmöglichkeiten. So sind akute Erkrankungen oder Phasen der Arbeitslosigkeit belastende persönliche Ereignisse, welche die Partizipationsmöglichkeiten situativ bzw. für limitierte Zeiträume begrenzen können. Nach Bewältigung des Krisenerlebnisses sind die Beschränkungen in der Regel aufgehoben. Mit anhaltender Dauer einer sozialen Sterbeerfahrung ist jedoch von einer zunehmenden und umfassenderen Beeinträchtigung auszugehen, so dass chronische Erkrankungen (Tillmann 2019) oder Langzeitarbeitslosigkeit (Kroll/Müters/Lampert 2015) in vielen Fällen nicht nur die sozialen Netzwerke, sondern die Lebenssituation insgesamt nachhaltig negativ beeinflussen können (ebd.).

Die Erfahrungen des sozialen Sterbens mehren sich im Lebensverlauf sowie auch eine Häufung im Zusammenhang mit einem niedrigen sozioökonomischen Status – unabhängig vom Lebensalter – anzunehmen ist (vgl. Feldmann 2018: 46f.)[11]. Ältere und alte Personen sowie Personen mit niedrige(re)m Sozialstatus tragen ein höheres Risiko und verfügen gleichzeitig häufiger über gering(er)e Bewältigungs- und Kompensationsmöglichkeiten. Objektiv vergleichbare soziale Sterbeerfahrungen werden nicht nur interindividuell unterschiedlich erlebt und bewältigt[12], sondern sind von der eigenen sozialstrukturellen Lebenslage (z.B. Einkommen, Gesundheit, Bildung, Wohnung, Wohnumfeld, Mobilität) in starkem Maße beeinflusst. Die unterschiedlichen Dimensionen der Lebenslage sind miteinander verschränkt und können sich wechselseitig positiv wie negativ verstärken (Kuhlmann/Mogge-Grotjahn/Balz 2018: 173). Mit fortschreitender Einschränkung der gesellschaftlichen Partizipationsmöglichkeiten reduzieren sich relativ auch die sozialen Kontakte, und das Risiko der sozialen Vereinzelung wächst. Durch das andauernde physische Alleinsein schreitet der Prozess des sozialen Sterbens objektiv und bei gleichzeitigem Erleben von Einsamkeit auch subjektiv – im Sinne des psychischen Sterbens – voran.

Das ›Risiko‹ des physischen, psychischen und sozialen Sterbens ist ungleich verteilt. Feldmann (2018: 46f.) betont die Notwendigkeit der gesellschaftlichen Differenzierung und beschreibt die (globale) Diskriminierung ›benachteiligter‹ Gruppen im Zusammenhang von sozialer Position und objektiven Lebensbedingungen:

> »Soziales Sterben kann von der Positionierung einer Person in sozialen Räumen her bestimmt werden. Soziale und physische Räume sind verschränkt. Privilegierte Personen verfügen über eigene gut ausgestattete und gesicherte physische und soziale Räume, unterprivilegierte, z.B. Sklaven oder Obdachlose, müssen in Fremdräumen leben und sterben, viele werden dort missbraucht und gedemütigt, sie sind physischer, psychischer, sozialer und symbolischer Gewalt ausgeliefert. Für Unterprivilegierte und ›sozial Schwache‹ findet während ihres Lebens wiederholt entwürdigendes soziales und psychisches Sterben statt.«

Physische, psychische und soziale Lebens- und Sterbeprozesse sind eng miteinander verbunden. Verschiedene Studien belegen, dass sich die Stärke physischer und psychischer Schmerzen durch soziale Unterstützung reduziert (Master et al. 2003; Bauer 2006 und 2011; Masten et al. 2012). Andererseits ist ebenso eindeutig, dass fehlende oder verletzende Sozialkontakte bzw. sozialer Ausschluss soziale Schmerzen hervorrufen wie auch körperliche und psychische Beeinträchtigungen verstärken können (ebd.). Der Verlauf der Sterbephase, die Interaktionen der Sterbenden und die Bewältigung der

11 Soziale Sterbeerfahrungen, die mit zunehmendem Lebensalter gehäuft auftreten, sind beispielsweise der Auszug der eigenen Kinder (»Empty-Nest-Syndrom«), der Tod der Eltern und anderer wichtiger Bezugspersonen oder auch Mobilitätsbeschränkungen aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen.

12 Abhängig von den individuellen Coping-Strategien ist es möglich, dass durch die lebenslange ›Übung‹ Erlebnisse des sozialen Sterbens entweder ›en passant‹ und mit Gleichmut oder aber zunehmend belastender erlebt werden, wenn die sozialen Ressourcen nur (noch) begrenzt zur Verfügung stehen, aber für die Bewältigung von Krisen von zentraler Bedeutung sind.

psycho-physischen Beeinträchtigungen sind in starkem Maße abhängig von der individuellen sozialen Lebenslage, dem Ausmaß und der Qualität der sozialen Unterstützung sowie von den individuellen Coping-Strategien und religiösen Einstellungen (Morgan 2003: 30; Reidick 2013).

Bis hierhin wurden vor allem Konzepte des prämortalen sozialen Todes bzw. des prämortalen sozialen Sterbens besprochen, welche der Vorstellung folgen, dass lebende Personen als ›sterbend‹ oder ›tot‹ anzusehen sind, da sie – zumindest graduell – von der Teilnahme an der Gemeinschaft ausgeschlossen sind. Die andere Seite der sozialen Konstruktion bezieht sich auf Auffassungen des postmortalen sozialen Sterbens/Todes, nach welchen die Toten lebendig sind bzw. diese möglicherweise auf die Lebenden Einfluss nehmen (Fuchs-Heinritz 2010: 134f; Feldmann 2010a: 126f). Damit ist einerseits das in unserer Gesellschaft dominierende, ›normale‹ soziale Sterben – das heißt »das ritualisierte Ausdriften« aus der sozialen Gemeinschaft nach dem physischen Tod – angesprochen, welches auch mit Vorstellungen des Übergangs in ein Reich der Toten verbunden sein kann (Feldmann 2018: 50). Andererseits kann sich das postmortale Sterben vor dem Hintergrund der Annahme der Lebendigkeit der Toten in vielen Kulturen beispielsweise auch durch »Angst vor Wiedergängern über Ahnenverehrung und Wiedergeburtslehren bis zum Seelenglauben und zur Unsterblichkeitsvorstellung« ausdrücken (Fuchs-Heinritz 2010: 134f.).

Die Art und Weise des postmortalen sozialen Sterbens ist in unserer Gesellschaft in starkem Maße privatisiert. Das soziale Umfeld der Verstorbenen gestaltet deren soziales Weiterleben in Dauer und Form unterschiedlich aus und bestimmt so auch den Zeitpunkt des sozialen Todes. Trauerprozesse und Rituale der Überlebenden sowie alle sonstigen Maßnahmen, die der (immer häufiger auch digitalen) Aufrechterhaltung des Gedächtnisses dienen (Benkel 2008: 139), stützen die postmortale (symbolische) Teilnahme der Verstorbenen an der menschlichen Gemeinschaft. Wenn Hinterbliebene den physischen Tod einer Person nicht anerkennen und die Kommunikation weiter aufrechterhalten, so ist das soziale Überleben – wenn auch auf eine kleine Nische begrenzt – möglich (Feldmann 2010a: 138)[13].

Bei Personen ohne Angehörige und enges soziales Umfeld ist die »privatisierte Jenseitsreise« (ebd.: 51) meist durch eine ›Bestattung von Amts wegen‹ ersetzt, welche nicht auf das postmortale Weiterleben, sondern auf das rechtliche ›Ausdriften‹ aus der Gesellschaft unter Beachtung seuchenhygienischer Bestimmungen angelegt ist.

Über den privaten Raum hinaus erinnert das kollektive Gedächtnis an herausragende Verstorbene und deren Werke wie Taten (Fuchs-Heinritz 2010: 134f.). Eine mediale Form stellt das Weiterleben von Schauspieler:innen und anderen Persönlichkeiten der Zeitgeschichte in Spiel- und Dokumentarfilmen dar (Feldmann 2010a: 110; Benkel 2008: 139f.).

Die moderne Gesellschaft unterscheidet sich von vormodernen Kulturen auch dadurch, dass der prämortale Sterbeprozess im öffentlichen Fokus steht, und der postmortale Umgang mit Toten in die private Sphäre gerückt ist (Feldmann 2010a: 65; Goldbrunner 2008: 15). Hiermit ist verbunden, dass die kulturell eigentlich vorgegebene Synchro-

13 Sofsky (2005: 88) widerspricht: »Zu Toten gibt es kein soziales Verhältnis«, da keine Reziprozität des kommunikativen oder nonverbalen Austauschs möglich ist.

nisation der drei postmortalen Prozesse nicht mehr gegeben ist (ebd.). Der physische Tod muss in zeitlicher Perspektive weder mit dem psychischen noch mit dem sozialen Tod synchron verlaufen (Feldmann 2010a: 63). Die Asynchronizität des Todes geht zudem oft mit Alokalität einher, denn auch die Sterbeorte können variieren (vgl. Kapitel 3.2).

Das soziale Sterben des Einzelnen drückt sich in einer Einschränkung der individuellen sozialen Teilhabe bzw. der sozialen Interaktionen aus. Die Betreffenden können selbstbestimmt darauf verzichten, mit anderen aktiv Kontakt aufzunehmen, und/oder der soziale Ausschluss erfolgt durch das Umfeld. Dieser Prozess des ›Hinaussterbens‹ bzw. ›Herausgestorben-Werdens‹ aus den gesellschaftlichen Bezügen kann zeitlich gesehen weit vor dem physischen Sterben beginnen. Dieser Arbeit liegt die Annahme zugrunde, dass *unentdeckt* Verstorbene in vielen Fällen einsame und/oder sozial isolierte und/oder sozial exkludierte Personen gewesen sind, deren physischem Tod ein allmähliches Hinausdriften aus den sozialen Bezügen vorweg gegangen ist. Das soziale Sterben im Sinne einer graduellen Einschränkung der sozialen Teilhabe kann Wochen, Monate, Jahre, unter Umständen auch Jahrzehnte vor dem physischen Tod eingesetzt haben.

Die Frage danach, ab wann und unter welchen Voraussetzungen man einen Menschen als Sterbenden bezeichnen sollte, schließt auch die Frage nach dem Beginn und der Dauer des Sterbeprozesses und der Bestimmung des Todes ein. Aufgrund unterschiedlicher medizinischer, psychologischer, soziologischer, juristischer etc. Perspektiven sind keine eindeutigen Antworten möglich. Wittkowski und Strenge (2011: 29f.) sprechen von einem »Vexierbild«, einem »Suchbild«, welches abhängig von der Perspektive bestimmte Aspekte in den Vordergrund stellt und andere unbeachtet lässt. Auf den verschiedenen Ebenen können Leben und Tod unabhängig voneinander existieren.

Der irreversible soziale Tod im Sinne des Endes der Teilhabe an der Gemeinschaft ist prämortal als totale soziale Exklusion aufzufassen. Theoretisch ist eine solche Konzeption denkbar, aber praktisch erfordert allein der Erhalt der existentiellen Alltagsvollzüge zumindest stark reduzierte soziale Bezüge. Erst wenn jegliche soziale Interaktionen durch die Betreffenden selbst und auch symbolisch – durch Ausschluss im Bewusstsein anderer – fehlen, kann genau genommen von einem endgültigen sozialen Tod gesprochen werden. Aus postmortaler Perspektive ist dies, bezogen auf den einzelnen Todesfall, zweifelsfrei nur für die aktive Teilhabe an existentiellen Alltagsbezügen, nicht aber für die symbolische Teilnahme an der Gemeinschaft zu bestimmen, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass Verstorbene im Gedächtnis von Mitmenschen sozial weiterleben.

3.2 Sterbeorte

Diese Arbeit untersucht die Hintergründe sozial unbegleiteten Sterbens und *unentdeckter* Tode im privaten Raum. Der Fokus richtet sich auf den Sterbeort des eigenen Zuhauses. Die Todesumstände unterscheiden sich abhängig von der individuellen sozialen Situation: Manche Menschen versterben in Begleitung ihrer Angehörigen und mit medizinisch-pflegerischer Versorgung, andere sind in der Sterbephase und bei Todeseintritt allein und bar jeder Unterstützung. Dies betrifft nicht nur alleinlebende Personen, sondern ebenso Personen, die mit anderen zusammenleben. Gemeinsam ist diesen Fäl-

len von allein Verstorbenen, dass der Tod erst mit zeitlichem Abstand bemerkt wird. Die Zeitspanne variiert und reicht von kurzen Momenten bis zu mehreren Jahren. Die eigene empirische Untersuchung setzt für die Bestimmung eines *unentdeckten* Todes eine Liegezeit von mindesten zwölf Stunden an zwei aufeinanderfolgenden Tagen voraus (vgl. Kapitel 7.4).

Neben den privaten gibt es institutionelle Sterbeorte[14]: Krankenhaus bzw. Palliativstation, Senior:innen- oder Pflegeheime und Hospize. Einschränkend muss gesagt werden, dass die ambulante hospizliche Begleitung und/oder palliative Versorgung im privaten Raum auch neue institutionalisierte Ausgestaltungsformen im privaten Umfeld hervorgebracht hat (Stadelbacher 2017: 49ff.). Diese Formen streben durch die enge Verzahnung des Privaten und Professionellen die Verbesserung der Begleitung von Sterbenden und Angehörigen an und stehen für ein »Ideal des guten Sterbens als professionell versorgtes, sozial begleitetes und im normativen Anspruch individuelles und selbstbestimmtes Sterben« (Jakoby/Thönnes 2017: 5). Außer den privaten und institutionellen sind seltene sonstige Sterbeorte wie beispielsweise öffentliche Plätze, Hausarztpraxen oder Freizeiteinrichtungen zu nennen (Dasch et al. 2015: 497).

Der historische Rückblick weist auf eine Sterbeortverlagerung und auch auf einen veränderten Umgang mit Sterben und Tod, welcher mit der Industrialisierung und Modernisierung der Gesellschaft immer weiter voranschritt. Zuvor erfolgte das Ableben meist öffentlich und war ein soziales Ereignis (Aries 1980: 30). Sterben und Tod ereigneten sich am Lebensort, begleitet von Nahestehenden und der Nachbar:innenschaft und folgten den traditionellen Riten. Sterben und Tod galten weniger als persönliche Tragödie, sondern stellten eher eine Herausforderung für die Gemeinschaft dar, die ihren Fortbestand trotz des (sich ankündigenden) Verlusts aufrechterhalten musste. Die um das Bett des Sterbenden versammelte soziale Gruppe erfuhr durch die Ritualisierung eine Stärkung ihres Zusammenhalts (ebd.: 775[15]). Noch weit bis in das 20. Jahrhundert hinein verstarben die meisten Personen an ihren Lebensorten (Thieme 2019: 60), wodurch die »alte Einheit des Ortes von Leben und Sterben« gewahrt blieb (Hoffmann 2011: 25). Im weiteren Verlauf des vergangenen Jahrhunderts verlagerte sich das Sterben aus dem privaten Kreis immer mehr in die Institution Krankenhaus und wurde infolgedessen – ergänzend, überwiegend oder ausschließlich – durch Fachkräfte der Pflege, der Medizin und der Medizintechnik begleitet. In den 1980er Jahren erreichte die Anzahl der Sterbefälle in medizinischen Einrichtungen ein Höchstmaß und nimmt seitdem – parallel zum Anstieg der Verstorbenen in Senior:innen- oder Pflegeheimen – ab (z.B. Thönnes/Jakoby 2011: 336).

Das erste Hospiz wurde im Jahr 1967 von Cicely Saunders in London gegründet, in Deutschland setzte sich die Hospizbewegung seit ca. Mitte der 1980er Jahre zunehmend

---

14 In Kapitel 3.2 wird der Begriff der ›Institution‹ synonym zum Begriff der ›Einrichtung‹ bzw. ›Organisation‹ verwandt.

15 Auch Durkheim (1981: 535) verweist auf diesen Umstand: »Stirbt ein Individuum, so sieht sich die Familiengruppe, der es angehört hat, vermindert, und, um darauf zu reagieren, drängt sie sich zusammen. Ein gemeinsames Unglück hat die gleichen Wirkungen wie das Nahen eines glücklichen Umstandes: es belebt die Kollektivgefühle, die, in der Folge, die Individuen dazu bewegen, sich zu suchen und sich einander zu nähern.«

durch. In den vergangenen Jahren ist die Anzahl der Hospize sowie der Palliativstationen ständig angewachsen (Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband (DHPV) 2020[16]). Leitbild ist eine ganzheitlich ausgerichtete Pflege und Betreuung, die die psychischen, physischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse der Sterbenden gleichermaßen berücksichtigt (DHPV 2007) und eine qualitative Lebensverbesserung anstrebt (Müller-Busch 2013: 25). Hospize verstehen sich nicht als »Sterbehaus«, sondern als »Ort des Lebens« und verfolgen das Ideal des natürlichen Sterbens ohne unnötige äußere Eingriffe (Dreßke 2008: 126 und 128).

Die fortgeschrittene Versorgung der Sterbenden in Krankenhäusern und medizinisch-pflegerischen Einrichtungen wird mit dem Begriff der ›Institutionalisierung‹ umschrieben und ist meist negativ konnotiert. Mit diesem Terminus verbunden ist nicht nur der Hinweis auf die quantitative Dominanz dieses Sterbeortes, sondern oft auch die Kritik am dort praktizierten Umgang mit Sterbenden, sowie die »Verlagerung des Sterbens« (Feldmann 2010a: 59) wiederum mit der grundsätzlichen Verdrängung und Tabuisierung des Todes in der Gesellschaft zusammengebracht wird (vgl. Thönnes/Jakoby 2011). Der Grad der Institutionalisierung unterscheidet sich abhängig vom Sterbeort und ist im Krankenhaus am höchsten und im eigenen Zuhause am geringsten. Senior:innen- oder Pflegeheime und insbesondere Hospize weisen Parallelen zum Sterben zuhause auf (Thönnes 2013: 19). Die Todesumstände unterscheiden sich abhängig vom Sterbeort, der jeweils spezifische soziale, räumliche und infrastrukturelle Gegebenheiten aufweist. Durch die institutionelle Unterbringung sind die Sterbenden in jedem Fall räumlich aus ihrem vertrauten Umfeld herausgelöst. Ob und inwiefern sich diese örtliche Trennung auch auf den sozialen Kontext erstreckt, wird nicht nur durch die Bedingungen der Sterbeorte, sondern auch durch das Handeln des sozialen Umfelds bestimmt.

Abhängig vom Sterbeort gibt es unterschiedliche normative Vorstellungen hinsichtlich der Güte in der Begleitung und Versorgung am Lebensende. Das oft angeführte ›schlechte‹ Sterben im institutionellen Kontext von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen wird durch die mangelnde Berücksichtigung der Bedürfnisse Sterbender begründet und durch Stichworte wie unnötige Lebensverlängerung, Vereinsamung, Isolation und Hilflosigkeit infolge der Medikalisierung und der Apparatemedizin charakterisiert[17] (ebd.; Aries 1980: 730; Geiger 2010: 152f.; Feldmann 2010a: 62 und 140; Hefel 2019: 77). Als Gegenbild wird dem häufig das ›gute‹ Sterben – die Verwirklichung des hospizlich-palliativen Anspruchs – im Hospiz selbst sowie im eigenen Zuhause gegenübergestellt (Thönnes 2013: 19), welches bedeutet, entsprechend den normativen Ansprüchen der Selbstbestimmung und der Individualisierung professionell versorgt und sozial begleitet zu sein (Stadelbacher 2017: 49ff.). Die Annahmen eines humanen und menschenwürdigen Lebensendes im privaten Raum beziehen sich immer auf das

16 »In Deutschland gibt es rund 1.500 ambulante Hospizdienste, ca. 230 stationäre Hospize für Erwachsene sowie 17 stationäre Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, ca. 330 Palliativstationen in Krankenhäusern, drei davon für Kinder- und Jugendliche (Stand 05.03.2019, Quellen DHPV und Deutscher Kinderhospizverein).«

17 Vgl. hierzu auch das Essay von Elias (2002) »Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen«.

begleitete Sterben und werden in der Fachliteratur zudem von bestimmten Voraussetzungen abhängig gemacht (Thönnes 2013: 23): »Grundvoraussetzungen für ein Sterben zuhause sind somit physisch und emotional belastbare Angehörige, eine ambulante palliative Betreuung sowie räumliche und technische Voraussetzungen der Pflege«[18].

Die empirischen Ergebnisse und theoretischen Überlegungen lassen sich nicht auf das unbegleitete Sterben im privaten Raum übertragen. Allein Versterbende müssen die psychosozialen Belastungen und körperlichen Schmerzen ohne soziale und medizinisch-pflegerische Unterstützung bewältigen. In einer bundesweiten Umfrage des Jahres 2015 zur Sterbehilfe fürchteten 38 Prozent der Teilnehmenden ebendiese Umstände und wollten im Moment des Todeseintritts nicht allein sein (Ahrens/Wegner 2015: 12). Noch größer war jedoch die Angst vor einem langen Sterbeprozess (ca. 62 Prozent), gefolgt von der Angst vor starken Schmerzen oder schwerer Atemnot (ca. 61 Prozent) (ebd.). Die Befragung differenzierte nicht nach der Wohnsituation der Interviewten. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Angaben Alleinlebender – hinsichtlich der Angst, unbegleitet zu sterben – von diesen Durchschnittswerten abweichen und darüber liegen. Befragte, die auf die soziale Unterstützung – allein wegen der gemeinsamen Haushaltsführung – vertrauen, benennen konsequenterweise andere Ängste bezüglich des Sterbeverlaufs als alleinlebende Personen, die in diesem Punkt größere Unsicherheit verspüren werden. Auch wenn explizite Selbsteinschätzungen alleinlebender Personen fehlen, so wird diese Annahme zumindest durch die allgemeinen Einschätzungen des DAK-Pflegereports (Klie 2016) belegt, wonach ungefähr zwei Drittel der Befragten das eigene Zuhause für die Gruppe der Alleinlebenden für einen ›ungeeigneten‹ Sterbeort halten, da die notwendige Unterstützung fehlt (Haumann 2016: 24).

Die Umfrageergebnisse verdeutlichen, dass die Angst vor dem Sterben größer ist als die Angst vor dem Tod. In einer Telefonbefragung des Jahres 2006 gaben 60 Prozent der Interviewten Angst vor dem Sterben und nur sieben Prozent Angst vor dem Tod an (Hoffmann 2011: 11). Befragt, wie sie sterben möchten, wünschten 80 Prozent der Teilnehmenden, »plötzlich und unerwartet« und nur 20 Prozent »auf den Tod vorbereitet und bewusst« zu sterben[19] (ebd.). Pointiert könnte man sagen, dass das Ideal einen Tod ohne Beeinträchtigung durch das Sterben darstellt. Der Tod soll sich überraschend und ohne spürbare Begleiterscheinungen ereignen. Einen ›plötzlichen‹ und ›unerwarteten‹ Tod sterben jedoch nur ca. fünf Prozent aller Menschen, alle anderen durchleben einen Sterbeprozess von unterschiedlicher Dauer (Deutsche Hospiz Stiftung 2006: 1).

Hoffmann (2011: 13) führt aus, dass »das lange Sterben« infolge einer (Krebs-)Erkrankung gefürchtet sei, und dass dieses mit dem sozialen Sterben – im Sinne einer zunehmenden Zerstörung der »Identität eines zivilisierten Individuums« – einhergehe. Gö-

---

18 Student (2009) hat eine Broschüre über die häusliche Sterbebegleitung für pflegende Angehörige verfasst, in der konkrete materielle Hilfen im Mittelpunkt stehen.
Stadelbacher (2015) kritisiert die mit der Verwirklichung hospizlich-palliativer Ansprüche einhergehende institutionelle Entgrenzung als zeitweise Kolonialisierung der Lebenswelt durch das medizinische System.

19 Eine repräsentative Emnid-Umfrage von 2001 bestätigte diese Tendenzen: 60 Prozent der Befragten wünschten »plötzlich und schnell« und 12 Prozent »bewusst und begleitet« zu sterben. Der Anteil derjenigen, die sich mit diesem Thema noch nicht auseinandergesetzt hatten, war jedoch mit einem Anteil von 25 Prozent erheblich.

ckenjan (2008: 8) verweist zu Recht auf den Widerspruch des häufig im öffentlichen Diskurs dominierenden Ideals des »begleiteten Sterbens im Sinne der Hospizbewegung« mit den Ergebnissen der Befragungen, wonach der Anteil derjenigen, die ihren Sterbeprozess bewusst vollziehen möchten, nur eine Minderheit ausmache. Auch Dreßke (2010: 387) indiziert einen Widerspruch zwischen den geäußerten Sterbewünschen und dem in der Öffentlichkeit vorherrschenden traditionalen Bild des Abschiednehmens zu Hause (Totenbettszene).

Eine weitere Diskrepanz zeigt sich, wenn die gewünschten mit den realen Sterbeorten verglichen werden. Eine deutliche Mehrheit der Befragten möchte im eigenen Zuhause sterben bzw. wünscht sich dies für die Angehörigen. Tatsächlich aber versterben in Deutschland die meisten Menschen in Institutionen – an erster Stelle im Krankenhaus und an zweiter Stelle in Senior:innen- oder Pflegeheimen. Die in Befragungen geäußerten Präferenzen stehen im deutlichen Widerspruch zur Realität. **1.** Nach dem DAK-Pflegereport wünschen sich ca. 60 Prozent aller Befragten – entweder für sich oder für Nahestehende – das eigene Zuhause als Sterbeort[20]; wobei der Anteil bei den pflegenden Angehörigen mit 76 Prozent höher (Haumann 2016: 22) und bei den älteren kinderlosen Personen mit ca. 53 Prozent deutlich niedriger ist (ebd.: 23). Die Zustimmungswerte unterscheiden sich auch im Stadt-Land-Vergleich: In ländlichen Gebieten wünschen 66 Prozent und in Großstädten nur 54 Prozent der Befragten, im eigenen Zuhause zu sterben (ebd.). **2.** In einer anderen deutschen Umfrage aus dem Jahr 2017 fällt die Zustimmung für den Sterbeort des eigenen Zuhauses, im Vergleich zum DAK-Pflegereport, mit einem durchschnittlichen Anteil von 55 Prozent geringer aus (Statista 2020a). Es ist aber auffällig, dass in beiden Befragungen fast ein Fünftel der Interviewten die Frage nach dem bevorzugten Sterbeort unbeantwortet lässt (ebd.).

Das Sterben im eigenen Zuhause ist mit bestimmten Vorstellungen verbunden, welche die Präferenz für diesen Sterbeort sowie teils für Hospize erklären. 73 Prozent der Befragten glauben, dass das Sterben durch die gewohnte Umgebung – und 64 Prozent – durch das vertraute soziale Umfeld erleichtert wird. 58 Prozent sprechen dem Sterben an diesem Ort mehr Würde zu als dem Sterben im Krankenhaus (Haumann 2016: 24). Die meisten Befragten sehen im privaten Umfeld Menschenwürde, Individualität, Selbstbestimmung und soziale Einbindung in stärkerem Maße gewahrt als an anderen Sterbeorten.

Ältere Untersuchungen haben im Vergleich zu den genannten aktuelleren Befragungen noch höhere Zustimmungen für den Sterbeort ›Zuhause‹ ermittelt. Ochsmann et al. (1997) beziffern den Anteil auf 90 Prozent, Dreßel et al. (2001: 37) auf 77 Prozent und Jacoby/Thönnes (2011) im Verweis auf den empirischen Forschungsstand auf 80 bis 90 Prozent. Vermutlich steht die abnehmende Präferenz des eigenen Zuhauses im Zusammenhang mit der gestiegenen Bedeutung des Sterbeorts ›Hospiz‹ als Alternative zum privaten Heim. Beide Sterbeorte sind durch die Verwirklichung des Anspruchs der oben genannten normativen Leitvorstellungen verbunden.

---

20 16 Prozent bevorzugen den Sterbeort ›Hospiz‹, vier Prozent das Krankenhaus, zwei Prozent Senior:innen- oder Pflegeheime, zwei Prozent sonstige Orte und 19 Prozent haben keine Angabe gemacht (Haumann 2016: 22).

In Deutschland wird der Sterbeort in den Todesbescheinigungen der Gesundheitsbehörden erfasst, jedoch nicht ausgewertet (Dasch et al. 2015). Daher fehlen systematische und zuverlässige Angaben zur Verteilung der Sterbeorte. Lediglich die jährliche Anzahl der stationären Todesfälle in Krankenhäusern ist bekannt. Dasch (2017: 6) beziffert den Anteil der dortigen Sterbefälle für das Jahr 2015 auf rund 46 Prozent aller in Deutschland registrierten Sterbefälle und spricht im Vergleich zu den Vorjahren von einem relativ stabilen Niveau.

Die vereinzelten deutschen Untersuchungen zur Sterbeortverteilung beziehen sich auf begrenzte Gebiete und Zeiträume (Ochsmann et al. 1997; Weber et al. 1997; Bickel 1998; Van Oorschot 1999; Kaluza/Töpferwein 2006; Nick 2006; Papke/Koch 2007; Rodenstein 2008; Pinzon et al. 2011; Sauer/Müller/Rothgang 2013; Dasch et al. 2015[21]). Die aktuellsten Daten stammen aus dem Jahr 2013 (DAK-Pflegereport/Klie 2016). Die bislang umfangreichsten Studien von Ochsmann et al. (1997) und Dasch et al. (2015) kommen zu abweichenden Ergebnissen hinsichtlich der Bedeutung des privaten Sterbeorts.

Ochsmann et al. (1997) haben für das Jahr 1995 in ausgewählten Regionen von Rheinland-Pfalz die Sterbeorte erhoben: Die Ergebnisse dieser Studie widersprechen den Befunden der meisten anderen Untersuchungen, wonach immer weniger Personen zu Hause versterben. Ochsmann et al. (1997) ermitteln einen mit 39,8 Prozent bezifferten Anteil der in Privatwohnungen Verstorbenen, welcher nur geringfügig unter dem Anteil von ca. 44 Prozent der im Krankenhaus Verstorbenen liegt (vgl. Tab. 3.2.1). Die Studie belegt auch, dass Alter, Geschlecht und Familienstand Einfluss auf den Sterbeort haben: Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der zu Hause Verstorbenen, die Männer-Quote ist höher als die der Frauen, und schließlich sind in der Gruppe auch wesentlich häufiger verheiratete als ledige und geschiedene Personen vertreten (ebd.).

Die aktuellere populationsbasierte Erhebung von Dasch et al. (2015) basiert auf dem in Deutschland bislang größten ausgewerteten Datensatz (N=24.009) zum Thema. Nichtsdestotrotz handelt es sich nicht um eine repräsentative Studie, sondern die Gültigkeit ist auf einzelne Untersuchungsregionen in Westfalen-Lippe begrenzt (ebd.: 503). Dasch et al. (2015) haben die Todesbescheinigungen der Jahre 2001 und 2011 in ausgewählten städtischen und ländlichen Gebieten ausgewertet[22]. In der Dekade wurden ein Rückgang der Sterbefälle im häuslichen Umfeld und im Krankenhaus und eine Zunahme der Sterbefälle in Senior:innen- oder Pflegeheimen, Hospizen und Palliativstationen festgestellt (Tab.3.2.1). Auch diese Untersuchung bestätigt Männern gegenüber Frauen eine 1,2-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit, im häuslichen Umfeld zu sterben (ebd.: 498). Dasch (2017: 70) begründet dies mit der geringeren Lebensdauer von Männern, welche dazu führen könne, in einer Partner:innenschaft überlebt und am Lebensende häufiger im häuslichen Umfeld versorgt und begleitet zu werden. Die Häufigkeitsverteilung der Sterbeorte unterscheidet sich in städtischen und ländlichen Räumen: In der Stadt versterben mehr Personen in Krankenhäusern als auf dem Land, wo dagegen der Anteil der im häuslichen Umfeld sowie der in Senior:innen- oder Pflegeheimen Verstorbenen höher ist (ebd.). Als mögliche Ursachen für die Unterschiede zwischen Stadt und

21 Nähere Informationen zu den verschiedenen Untersuchungen finden sich bei Dasch (2017).

22 Von der Analyse ausgeschlossen waren Fälle mit »nicht-natürlichen« Todesursachen (n=742) und fehlenden Angaben zum Alter oder Geschlecht (n=126).

Land werden einerseits die höhere Anzahl alleinlebender Personen in der Stadt und andererseits abweichende gesundheitliche Versorgungsstrukturen angeführt. Die Zahl der Krankenhausplätze war im untersuchten ländlichen Raum geringer, wodurch sich vermutlich die Wahrscheinlichkeit, zu Hause zu sterben, erhöhte. Allgemein zeigte sich bei Dauerpflege-, Hospiz- oder Palliativplätzen die Tendenz, dass diese zunehmend in Anspruch genommen wurden, sobald das Angebot vor Ort bestand (ebd.). Dasch (2017: 15) erkennt im zeitlichen Trend eine Verlagerung des Sterbeortes: weg vom häuslichen Umfeld sowie Krankenhaus, hin zu Senior:innen- oder Pflegeheimen sowie Palliativstationen und Hospizen.

Die Studien zeigen, dass es keine zufällige Verteilung der Sterbeorte gibt, sondern dass es neben der strukturellen auch Kontinuität in Abhängigkeit von soziodemographischen Faktoren gibt. Im eigenen Zuhause sterben vor allem Männer, verheiratete Personen und Personen mit höherem sozioökonomischen Status (Thönnes 2013: 63f.).

Vergleicht man die Daten der beiden bisher größten Untersuchungen (Tab. 3.2.1), könnte hieraus der Schluss folgen, dass der Anteil der im privaten Umfeld Verstorbenen kontinuierlich abnimmt. Auch die von anderen Autor:innen benannten Werte – mit Anteilen der zu Hause Sterbenden von maximal 20 Prozent – könnten als Fortsetzung einer progredienten Institutionalisierung gedeutet werden (Schnabel 2013: 112; Müller-Busch 2013: 10; Klie 2016: 6)[23]. Die Studie von Sauer/Müller/Rothgang (2013) widerspricht jedoch diesem Trend. Für die Auswertung wurden die Routinedaten einer Krankenkasse für die Jahre 2000 bis 2009 zugrunde gelegt und nach Sterbeorten ausgewertet. Es wurde zwar grundsätzlich ein Rückgang privater und eine Zunahme institutioneller Tode festgestellt, aber der erhobene Prozentanteil liegt über dem von Dasch et al. (2015) ermittelten Wert. Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse von Sauer/Müller/Rothgang (2013) eine Verteilung von institutionellen zu privaten Todesfällen im Verhältnis von 71 zu 29 Prozent.

Tab. 3.2.1: Prozentuale Verteilung der Sterbeorte 1995, 2001 und 2011 nach Ochsmann et al. (1997) und Dasch et al. (2015)

	Ochsmann et al. (1995)	**Dasch et al. (2001)**	**Dasch et al. (2011)**
Häusliches Umfeld	39,8 %	27,5 %	23,0 %
Krankenhaus	44,1 %	57,6 %	51,2 %
Palliativstation	-	0,0 %	1,0 %
Senior:innen- oder Pflegeheim	12,8 %	12,2 %	19,0 %
Hospiz	-	2,0 %	4,6 %

23 Weder Müller-Busch (2013 noch Klie (2016) führen näher aus, durch welche Untersuchungen die benannten Werte empirisch belegt sind.

Sonstiger Ort	1,7 %	0,6 %	0,6 %
Keine Angabe	1,7 %	0,1 %	0,6 %

Die Möglichkeit, (gewünscht oder unfreiwillig) allein zu sterben, ist faktisch an allen Sterbeorten gegeben – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß. Der DAK-Report (Klie 2016) unterscheidet als einzige Studie begleitetes und unbegleitetes Sterben in Bezug auf die Sterbeorte und hebt hervor, dass der Tod zu Hause sehr viel seltener ein »einsamer Tod« sei: Nur sieben Prozent der hier Verstorbenen, aber 22 Prozent der im Krankenhaus Verstorbenen und sogar 36 Prozent der in Senior:innen- oder Pflegeheimen Verstorbenen waren bei Todeseintritt allein (Haumann 2016: 31).

Der empirische Forschungsstand zur Verteilung der Sterbeorte stellt sich dürftig, uneinheitlich und wenig aktuell dar. Für die eigene empirische Auswertung wird mangels zuverlässiger aktueller Werte auf den von Dasch et al. (2015) ermittelten Anteil von 23 Prozent bei den häuslichen Todesfällen zurückgegriffen – ungeachtet der Limitationen der Auswertung durch die Begrenzung auf bestimmte Gebiete und den Ausschluss nicht-natürlicher Todesfälle (Unfälle, Suizid, Fremdtötung).

Diese Arbeit untersucht die sozialen Hintergründe von Todesfällen allein Verstorbener im häuslichen Umfeld. Der Titel unterscheidet *unentdeckte* Tode und *einsames* Sterben. Der erste Begriff berücksichtigt den Umstand, dass zwischen dem Todeseintritt und dem Zeitpunkt der Auffindung der Leiche ein Zeitraum unterschiedlicher Dauer der Nicht-Entdeckung liegt. Für die empirische Auswertung sind die erfassten Liegezeiten zu klassifizieren und hinsichtlich der sozialen Einbindung zu qualifizieren (vgl. Kapitel 7.4). Abhängig von der Dauer der Liegezeit sollen – zumindest tendenziell – Rückschlüsse auf die Quantität und Qualität der sozialen Beziehungen gezogen werden. Der zweite Begriff des Titels bezieht sich dagegen auf die (unterstellte) Befindlichkeit der *unentdeckt* Verstorbenen im Sterbeprozess.

Abgesehen von seltenen ›plötzlichen‹ Toden erstrecken sich die meisten Sterbeverläufe über mehrere Tage. Die folgenden Ausführungen zum Sterbegeschehen sollen begründen, warum angesichts dieser existentiellen Erfahrung die vorherrschende Gefühlslage der Einsamkeit angenommen wird. Wenn Personen im Sterbeprozess und bei Todeseintritt allein sind und ihnen jede soziale Unterstützung fehlt, so müssen sie die physischen und psychischen Belastungen und Schmerzen allein bewältigen. Sie sind von anderen sozial isoliert, abgeschnitten, auch wenn die räumliche Distanz gering sein mag. Es ist nicht auszuschließen, dass gerade das Wissen um die räumliche Nähe zu Nachbar:innen das Gefühl des sozialen Ausgeschlossenseins und des Auf-sich-selbst zurückgeworfen-Seins noch verstärkt. Diese fehlende soziale Einbindung und Unterstützung – vor allem in Verbindung mit dem Wunsch nach sozialer Nähe – kann auch als soziales Sterben charakterisiert werden (vgl. Feldmann 1998: 100; Kapitel 3.1). Der soziale Schmerz geht in den meisten Fällen mit physischen Leiden, möglicherweise auch mit Atemnot einher. Ohne soziale und medikamentöse Unterstützung ist die wechselseitige Verstärkung von physischen und sozialen Schmerzen wahrscheinlich (Trachsel/Maercker 2016: 17ff.). Die Ungewissheit hinsichtlich des weiteren Verlaufs erhöht die psychischen Belastungen: Verzweiflung, Panik, Ohnmacht, Ängste vor dem

Sterben und dem Tod gehen mit Gefühlen der totalen Einsamkeit bzw. existentiellen Ängsten einher. Das psychische Sterben endet mit dem irreversiblen Verlust des Bewusstseins, das physische Sterben mit dem endgültigen Versagen der Vitalfunktionen (Wittkowski/Strenge 2011: 142).

Die Konzepte des sozialen Sterbens/sozialen Todes verweisen auf einen wechselseitigen Bezug von Sterbendem und sozialem Umfeld bzw. Gesellschaft. Das soziale Sterben ist für die Betroffenen ein leidvolles Geschehen in Verbindung mit der Bewusstwerdung der sozialen Isolierung. Der soziale Tod bedeutet die Erkenntnis und Akzeptanz der eigenen Isolation sowie den totalen Ausschluss der anderen aus der eigenen Gefühls- und Gedankenwelt. Solange der Sterbende sich sozial zugehörig empfindet, kann trotz objektiver sozialer Isolation in der subjektiven Einschätzung nicht von einem sozialen Sterben gesprochen werden. Der eigene soziale Tod tritt spätestens mit dem psychischen oder physischen Tod ein. Das soziale Sterben und der soziale Tod aus der Perspektive des Umfelds kann dagegen unabhängig vom physischen Tod verlaufen (vgl. Kapitel 3.1).

Personen, deren physischer Tod erst nach mehreren Wochen oder später entdeckt wird, scheinen nicht mehr erinnert und ›sozial vergessen‹ zu sein. Verzögerte Auffindungen können in vielen Fällen auf Prozesse des sozialen Sterbens bzw. auf soziale Tode im Spiegel des sozialen Umfelds hinweisen, welche bereits weit vor dem physischen Tod erfolgt sind. Hohe Liegezeiten sind ein Indiz dafür, dass dem physischen Tod vielfach ein prämortales soziales Sterben, ein allmähliches ›Herausgestorben-Werden‹ bzw. ›Hinaussterben‹ aus den gesellschaftlichen Bezügen vorweg gegangen ist.

Gefühle der Einsamkeit, der Verlassenheit und der Isoliertheit sind zwar für alle Sterbeorte beschrieben, erscheinen jedoch angesichts des radikalen und existentiellen Alleinseins von Sterbenden im privaten Lebensraum hier besonders ausgeprägt. Das psycho-physische Sterben erfolgt ohne jeden (sichtbaren) sozialen Kontext. Anders als in Krankenhäusern, wenn über Patient:innen gesprochen wird, als seien diese bereits verstorben, gleichzeitig aber alle medizinischen Handlungen aufrechterhalten werden (Glaser/Strauss 1974; Sudnow 1973), erfolgt das Sterben im eigenen Zuhause nicht nur dem Empfinden und der Behandlung nach allein, sondern ganz real. Die mangelnde soziale Beachtung ist hier nicht Ausdruck organisationaler Routinen, sondern der individuellen Lebenssituation und insbesondere der sozialen Integration. In Verbindung mit einem länger *unentdeckten* Tod kann das *einsame* Sterben auch Folge von Beziehungslosigkeit und Vergessenheit sein.

Zunächst *unentdeckte* Tode ereignen sich an allen genannten Sterbeorten. Im institutionellen Kontext verhindern meist die organisatorischen Arbeitsabläufe, dass der Todeseintritt längerfristig unbemerkt bleibt. Im privaten Umfeld wird der Zeitpunkt der Entdeckung durch die jeweiligen sozialen, räumlichen und infrastrukturellen Bedingungen beeinflusst (Loke 2019). Immer spielen auch Zufälle bzw. die ›glückliche‹ oder ›unglückliche‹ Kombination verschiedener Ereignisse eine Rolle. Inwiefern die sozialen, ökonomischen und kulturellen Ressourcen der Sterbenden und die sozialräumlichen/infrastrukturellen Ressourcen ihres Wohnumfelds Einfluss auf den Zeitpunkt der Entdeckung nehmen, soll in der theoretischen und empirischen Untersuchung weiterverfolgt werden.

Es wird jedoch nicht eindeutig zu klären sein, für welche *unentdeckt* Verstorbenen der Tod im eigenen Zuhause ein ›gutes‹ selbstbestimmtes und menschenwürdiges Sterben

oder ein ›schlechtes‹ unfreiwillig einsames und menschenunwürdiges Sterben bedeutet hat. Es bleibt ebenso ungewiss, wann eine freie Entscheidung und wann fehlende Wahl- und Unterstützungsmöglichkeiten in letzter Konsequenz dazu geführt haben, dass die Betroffenen allein/*einsam* verstorben sind.

3.3 Soziodemographie des Todes

Dieses Kapitel befasst sich mit den soziodemographischen Sterblichkeitsverhältnissen in Deutschland und führt zentrale Kennzahlen an. Außerdem werden die Angaben amtlicher Statistiken zu Todesarten und Todesursachen referiert und hinsichtlich ihrer Aussagekraft kritisch reflektiert. Die Informationen werden im weiteren Verlauf in die Auswertung und Interpretation der eigenen empirischen Untersuchung einbezogen, um Übereinstimmungen bzw. Unterschiede in den Mortalitätsverhältnissen zwischen der Allgemeinbevölkerung und der Gruppe der *unentdeckt* Verstorbenen herauszuarbeiten.

Die demographische Entwicklung in Deutschland ist seit den 1970er Jahren wie in anderen europäischen und außereuropäischen Staaten (z.B. Japan) durch eine zunehmende Alterung der Gesellschaft gekennzeichnet (*Robert Koch-Institut* (*RKI*) 2012: 1). Im Jahr 2005 betrug das Durchschnittsalter in Deutschland gut 42 Jahre. Modellrechnungen erwarten für das Jahr 2050 einen Anstieg auf ca. 47 Jahre (Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMfSFJ) 2007: 8). Die Gründe der demographischen Alterung liegen in anhaltend niedrigen Geburtsraten und einer gestiegenen Lebenserwartung (*RKI* 2012: 1f.). Durch diese Entwicklungen hat sich die Altersstruktur der Bevölkerung in Richtung der älteren Personen verschoben (BMfSFJ 2007: II). Im Jahr 2017 war der Anteil der unter 20-Jährigen an der Bevölkerung mit ca. 19 Prozent etwa gleich stark ausgeprägt wie der Anteil der Personen über 67 Jahre (Bundeszentrale für politische Bildung (*BPB*) 2019: o. S.). Statistische Modelle gehen davon aus, dass der Anteil der Jüngeren bis zum Jahr 2050 nahezu konstant bleiben, wohingegen der Anteil der Älteren auf ca. 27 Prozent ansteigen wird (ebd.). Differenziert betrachtet zeigen sich unterschiedliche demographische Prognosen für die beiden großen Altersgruppen der über 65-Jährigen. Die Anzahl der ›jungen Alten‹ (65- bis 79-Jährige) wird sich in Deutschland bis zum Jahr 2050 moderat um ca. acht Prozent erhöhen, wohingegen der Anteil der ›Hochbetagten‹ (80 Jahre und älter) um nahezu das Dreifache ansteigen soll (*BMfSFJ* 2007: 10f.). Hochaltrigkeit wird auch in Zukunft vor allem ›weiblich‹ sein (ebd.). Aktuell kommen in der Gruppe der über 80-Jährigen auf einen Mann etwa drei Frauen und im Alter von 100 und mehr Jahren 7,5 Frauen (*BPB* 2018b: 43). Die fortschreitende Alterung der Gesellschaft geht zudem mit einem erhöhten individuellen Gesundheitsrisiko in Verbindung mit Multimorbidität, chronischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen der Selbständigkeit einher (*RKI* 2012: 3).

Das demographische Modell der Sterbetafel ermöglicht die Beurteilung der Sterblichkeitsverhältnisse der Bevölkerung – unabhängig von Größe und Altersstruktur (Statistisches Bundesamt (*Destatis*) 2019a: 4). Die Sterbetafel zeigt tabellarisch auf, wie viele Personen bzw. Männer oder Frauen eines angenommenen Anfangsbestandes gemäß der errechneten Sterbewahrscheinlichkeiten in einzelnen Altersjahren überleben und sterben werden. Gleichzeitig ist damit auch die (geschlechtsspezifische)

durchschnittliche Lebenserwartung in den einzelnen Altersjahren angegeben (ebd.). Die Berechnungen der »ferneren Lebenserwartung« setzen jeweils voraus, dass Personen den Sterblichkeitsverhältnissen des Betrachtungszeitraums andauernd ausgesetzt bleiben[24]. Sterbetafeln können sowohl von Längsschnittbetrachtungen (Kohortensterbetafel) als auch von Querschnittsbetrachtungen (Periodensterbetafel) ausgehen (ebd.).

Die Mortalität der Bevölkerung kann durch die Sterbe- oder Mortalitätsziffer bzw. -rate gekennzeichnet werden. Diese Verhältniszahl gibt die Anzahl der Sterbefälle bezogen auf die Bevölkerung, z.B. je 10.000 oder 100.000 Einwohner:innen an und ermöglicht so Rückschlüsse auf die allgemeine gesundheitliche Lage der Bevölkerung, die medizinische Versorgung und den Wohlstandsgrad der betrachteten Gesellschaft (Thönnes 2013: 26). Die Sterberate kann insgesamt oder sortiert nach Altersgruppen und Todesursachen berechnet werden. Auch das erreichte Sterbealter bzw. die voraussichtliche Lebenserwartung sind Indikatoren für den Gesundheitszustand, die Lebensqualität und den Lebensstandard eines Landes (*RKI* 2012: 2).

Seit Beginn der Aufzeichnungen im Jahr 1871 hat sich die durchschnittliche Lebenserwartung der Deutschen in den letzten 100 Jahren verdoppelt und in den letzten 50 Jahren um elf Jahre erhöht (*BPB* 2018b: 43). Nach der Periodensterbetafel für den Zeitraum 2015 bis 2017 beträgt die mittlere Lebenserwartung bei Geburt im Jahr 2019 in Deutschland 83,2 Jahre für Mädchen und 78,4 Jahre für Jungen (*Destatis* 2019b) und liegt damit über dem aktuellen durchschnittlichen Sterbealter[25]. Auch die durchschnittliche fernere Lebenserwartung ist angestiegen: Nach der Sterbetafel 2016/2018 erwarten 65-jährige Männer ca. 18 und gleichaltrige Frauen ca. 21 weitere Lebensjahre (*Destatis* 2019a: 16).

Die höhere Lebenserwartung wird auf die Verbesserungen in der medizinischen Versorgung, im materiellen Lebensstandard und in den allgemeinen Lebensbedingungen – beispielsweise hinsichtlich Hygiene, Gesundheit, Ernährung, Arbeit und Wohnen – zurückgeführt (RKI 2015: 21; *BPB* 2018b: 43; *Destatis* 2019a: 14). Allerdings sind die Möglichkeiten, gesund zu bleiben oder zu werden, in der Gesellschaft sozial und regional ungleich verteilt (Mielck 2006; Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2017: 2). Das individuelle Sterbealter variiert stark. Die Unterschiede ergeben sich aus einem Zusammenspiel verschiedener Faktoren wie die genetische Disposition, das Gesundheitsverhalten und die Lebens- und Umweltbedingungen (*RKI* 2015: 21). Hinsichtlich der mittleren Lebenserwartung bei Geburt bestehen nicht nur auf Bundesebene zwischen den einzelnen Ländern, sondern auch auf Landesebene regionale Unterschiede (ebd.: 20). In Nordrhein-Westfalen betrug die mittlere Lebenserwartung bei Geburt im Jahr 2018 knapp 83 Jahre und lag damit leicht unter den deutschen Durchschnittswerten (*LZG NRW* 2019; *Destatis* 2019b).

Unterschiede in der Lebenserwartung können durch differierende sozialstrukturelle Bedingungen begründet sein und sich zwischen konjunkturschwachen Regionen mit höherer Arbeitslosigkeit und Armutsrisiko und prosperierenden Regionen mit beinahe

24 Als »fernere Lebenserwartung« werden die Lebensjahre bezeichnet, die unter den gegenwärtigen Sterblichkeitsverhältnissen ab einem bestimmten Alter noch zu erwarten sind (RKI 2015: 22).

25 In Deutschland lag das durchschnittliche Sterbealter im Jahr 2017 bei fast 79 Jahren und differenziert nach Geschlecht für Männer bei ca. 76 und für Frauen bei ca. 82 Jahren (Statista 2020b).

Vollbeschäftigung und hohem Wohlstand manifestieren (*RKI* 2015: 21). Im Vergleich einzelner Städte und Kommunen zeigte sich beim Todesalter im Zeitraum 2010 bis 2012 bei Frauen eine mittlere Altersspanne von fast sieben Jahren und bei Männern von fast acht Jahren auf (ebd.).

Einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf die Entwicklung der Lebenserwartung einer Person oder Bevölkerungsgruppe ist der sozioökonomische Status, welcher nicht allein das Einkommen, sondern auch den Erwerbsstatus, die berufliche Stellung, den familiären Status und die Wohnsituation, die gesellschaftliche Teilhabe und Zufriedenheit und den höchsten erreichten Bildungsabschluss berücksichtigt (*Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung* 2017: 10). Die mittlere Lebenserwartung bei Geburt ist – abhängig vom sozioökonomischen Status – durch große soziale Ungleichheit geprägt: Menschen mit höherer Bildung haben bessere Chancen ein höheres Lebensalter bei besserer Gesundheit zu erreichen (*BPB* 2018b: 44; *RKI* 2015: 22). Ein geringes Einkommen, eine niedrige Bildung und ein mit hohen Belastungen verbundener Arbeitsplatz verringern dagegen die Lebenserwartung sowie die Anzahl der gesunden Lebensjahre (ebd.; vgl. auch: Lampert/Kroll 2006, 2007, 2012, 2014; Hartmann 2013; Mielck, 2012).

Bei Männern sind die Unterschiede noch deutlicher ausgeprägt als bei Frauen (*RKI* 2015: 21; Hartmann 2013: 307). Abhängig vom Einkommen leben wohlhabende Frauen gut acht Jahre länger als Frauen, denen nur 60 Prozent des monatlichen Durchschnittseinkommens zur Verfügung steht, und Männer in vergleichbaren Lebenssituationen leben fast elf Jahre länger (Lampert/Kroll 2014: 3). Noch deutlicher treten die Differenzen hervor, wenn man die Jahre, die in gutem allgemeinen Gesundheitszustand verbracht werden, zugrunde legt: Hier betragen die Unterschiede bei den Frauen mehr als zehn und bei den Männern mehr als 14 Jahre (ebd.). Dies bedeutet, dass Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status nicht nur erheblich kürzer leben, sondern auch in einer tendenziell schlechteren Gesundheitsverfassung.

Die Analyse von Daten des *Sozio-ökonomischen Panels* (*SOEP*) belegt ebenfalls, dass diese Differenzen auch für die fernere Lebenserwartung gelten: Hier beträgt der Unterschied zwischen niedrigen und hohen Einkommensgruppen ab dem 65. Lebensjahr bei Frauen 3,5 und bei Männern 5,3 Jahre (ebd.). Allerdings verdeutlichen die Daten des *SOEP* der Jahre 1992 bis 2016 auch, dass 13 Prozent der Frauen und 27 Prozent der Männer aus unteren Einkommensgruppen vor Erreichen des 65. Lebensjahrs sterben, wohingegen dies mit ca. acht bzw. 14 Prozent nur etwa halb so viele Personen aus den oberen Einkommensgruppen betrifft (Lampert/Kroll/Hoebel 2019: 7). Im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe haben Frauen und Männer der untersten Einkommensgruppe ein wesentlich größeres Mortalitätsrisiko: Bis zum Alter von 50 Jahren ist die Sterblichkeit um den Faktor 2,2 bzw. 2,4 und ab einem Alter von 51 Jahren um den Faktor 1,5 bzw.1,9 erhöht (ebd.).

Die sozialen Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung sind Ausdruck bestehender sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit in der Bevölkerung (ebd.: 2). Die empirischen Daten belegen auch, dass sich die Unterschiede im Verlauf der letzten drei Jahrzehnte auf keinen Fall verringert, sondern vermutlich verstärkt haben (ebd.: 8).

Differenzen zeigen sich auch abhängig vom Familienstand: Verheiratete haben geringere Mortalitätsrisiken und Erkrankungsraten als geschiedene, verwitwete und ledige Personen (Runge 2007: 2). Die Zusammenhänge zeigen sich bei alleinstehenden und

verwitweten Männern deutlicher als bei den Frauen desselben Familienstands (Peuckert 2008: 56). Nähere Ausführungen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden erfolgen in Kapitel 3.4.

Untersuchungen zufolge lassen sich die sozialen Mortalitätsunterschiede zumindest teilweise auf eine stärkere psychische wie physische Belastung – insbesondere im Erwerbsleben – sowie auf eine schlechtere Ausstattung mit materiellen, kulturellen und sozialen Ressourcen zurückführen (RKI 2015: 22). Empirische Ergebnisse deuten auch darauf, dass die sozialen Unterschiede in der Lebenserwartung beider Geschlechter im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen noch deutlicher hervortreten, und dass dies teils mit der Qualität der medizinischen Versorgung begründet werden kann (ebd.: 23).

Die Datenlage zum sozioökonomischen Status wäre insgesamt fundierter, wenn Sterbeurkunden bzw. Todesbescheinigungen in standardisierter Form den Sozialstatus oder Beruf erheben würden, so dass diese Angaben nicht nur für die begrenzte Teilnehmer:innenzahl des *SOEP*, sondern für alle Sterbefälle in Deutschland verfügbar wären.

Die amtlichen Statistiken erfassen jedoch für alle Sterbefälle die Todesart und die Todesursachen, da diese Angaben nach der Feststellung des Todes im Rahmen der äußeren Leichenschau von den Mediziner:innen in der Todesbescheinigung festgehalten werden. Hinsichtlich der Todesart werden »natürliche« und »nicht-natürliche« Todesursachen – wie beispielsweise Verletzung, Vergiftung, Sturz oder Suizid – unterschieden (Saternus 2010: 111). Die einzige natürliche Todesursache ist streng genommen die Altersschwäche (ebd.: 112), aber auch die Auswirkungen von Krankheiten oder gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen wie Rauchen, Mangelernährung oder Einwirkung von Strahlen werden hierunter subsumiert (ebd.: 112). Eine »ungeklärte« Todesart liegt vor, wenn eine eindeutige Feststellung nicht möglich ist. Dies zieht polizeiliche und staatsanwaltschaftliche Ermittlungen nach sich und kann mit der Anberaumung einer Obduktion verbunden sein (ebd.). Unter Todesursachen versteht man die Krankheiten, Leiden oder Verletzungen, die den Tod zur Folge hatten oder zum Tode beitrugen, bzw. die Umstände des Unfalls oder der Gewalteinwirkung, die diese Verletzungen hervorriefen (Madea/Dettmeyer 2003: A3175). Im Jahr 2017 verstarben in Deutschland 932.272 Personen, darunter ca. 1,8 Prozent mehr Frauen als Männer (*Destatis* 2019c). 95,7 % aller Fälle wurden auf eine »natürliche« Todesursache – vor allem Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen – und die übrigen 4,3 Prozent auf eine »nicht-natürliche« Todesursache zurückgeführt (ebd.).

Der alleinige Anteil der Suizide betrug weniger als ein Prozent (9.241 Personen). Rund drei Viertel derjenigen, die ihr Leben selbst beendeten, waren Männer. Die Suizid(versuchs)rate ist einerseits im Alter von 15 bis 35 Jahren erhöht und nimmt andererseits mit steigendem Alter zu (Bronisch 2014: 11). Als Risikofaktoren für Suizide und Suizidversuche gelten: Das Geschlecht, ein Alter von mehr als 50 Jahren, der Familienstand »geschieden/getrennt« (danach folgt »verwitwet« und »ledig«), Arbeitslosigkeit, Armut, niedriger Bildungsstatus, psychiatrische Erkrankungen (Schizophrenie, Depression, Sucht- und Persönlichkeitsstörungen) sowie psychosoziale Probleme wie Beziehungsabbruch oder -verlust und Gesundheitsprobleme (Schmidtke/Sell/Löhr 2008: 12; Bronisch 2014: 27ff. und 52ff.). Die deutliche Mehrheit der Suizide und -versu-

che ist durch die Unzufriedenheit mit den eigenen Sozialkontakten – vor allem zwischen Eltern und Kindern oder in der Partner:innenschaft – begründet (Bronisch 2014: 129). Expert:innen nehmen eine hohe Dunkelziffer unerkannter Suizide an – insbesondere unter den Älteren (de Vries o.J.: 7; Madea/Dettmeyer 2003: A3177f.; Schmidtke/Sell/Löhr 2008: 4f.; Erlemeier/Wedler 2017). Erlemeier und Wedler (2017: o. S.) gehen aufgrund der Erfassungs-Problematik von einer Dunkelziffer in Höhe von mindestens zehn Prozent aus.

Madea und Dettmeyer (2003: A3178) bezweifeln ebenfalls die Richtigkeit der Statistik der Todesarten und schätzen den Anteil der Fehlklassifikationen insgesamt auf 20 Prozent. Die wesentliche Ursache liege in den umfassenden Defiziten bei der äußeren Leichenschau durch niedergelassene Ärzt:innen. Die Obduktion (innere Leichenschau) als ›Goldstandard‹ wird nur bei direkten Hinweisen anberaumt; die Sektionsrate in Deutschland liegt bei weniger als zwei Prozent aller Todesfälle (Götz 2019: 42; Riepert/Urban 2008). In den Fällen, wo Obduktionen durchgeführt werden, widerlegen diese in fast der Hälfte (Madea/Dettmeyer (2003: A3175) bzw. in der Mehrheit der Fälle die Angaben zur Todesursache (Saternus 2010: 111). Eine Analyse von 10.000 Todesbescheinigungen durch Zack et al. (2019) zeigt, dass nur drei Prozent aller Dokumente formal und inhaltlich korrekt ausgefüllt waren; bezeichnet aber ›nur‹ ca. 13 Prozent der Angaben zur Todesursache als nachweislich fehlerhaft.

Die Statistik der Todesursachen ist demnach mit großer Vorsicht zu rezipieren. Es ist nur unter Vorbehalt zu sagen, dass Erkrankungen von Herz und Kreislauf die häufigste Todesursache vor Krebserkrankungen, Erkrankungen der Atemwege und der Verdauungsorgane und äußeren Ursachen darstellen (Saternus 2010: 111). Auch gibt es Hinweise auf erhebliche soziale Unterschiede in der Sterblichkeit infolge von Herzinfarkt, Schlaganfall und verschiedenen Krebserkrankungen (Lampert/Kroll/Hoebel 2019: 12). Die Datengrundlage ist diesbezüglich jedoch schwach. Die Etablierung eines nationalen Mortalitätsregisters – in Zusammenführung mit anderen relevanten Datenquellen – könnte zusätzliche Erkenntnismöglichkeiten über den Zusammenhang von Mortalität und sozialer Lage erbringen (ebd.).

3.4 Geschlechtsspezifische Mortalität

Abhängig vom sozioökonomischen Status zeigen sich große Unterschiede in der Mortalität. Darüber hinaus bestehen aber auch geschlechtsbezogene Differenzen zwischen Personen desselben Sozialstatus, welche vor allem auf die Auswirkungen differierender Lebensstile und der Art der Gestaltung sozialer Beziehungen von Männern und Frauen zurückgeführt werden können[26]. Im Folgenden werden zunächst die empirisch belegten geschlechtsbezogenen Unterschiede der demographischen Mortalitätsverhältnisse kurz zusammengefasst und dann mögliche Zusammenhänge mit der geschlechtsspezifischen Art der Lebensführung und der Beziehungsgestaltung erschlossen.

26 Die verfügbaren Daten beziehen sich immer auf das binäre Geschlechtssystem und nicht auf mögliche weitere Geschlechtsidentitäten (»drittes Geschlecht«).

Männer weisen in nahezu allen Altersgruppen eine höhere Sterblichkeit bzw. Sterbewahrscheinlichkeit als Frauen auf (*RKI* 2011: 10; *Destatis* 2019a: 20). Im Altersbereich 15 bis 70 Jahre ist die Sterblichkeit der Männer ungefähr doppelt so hoch (*RKI* 2011: 10). Die Sterbewahrscheinlichkeiten steigen bei den Männern ab einem Alter von ca. 51 Jahren und bei den Frauen ab einem Alter von ca. 55 Jahren stärker an (*Destatis* 2019a: 14). Die höchste »Übersterblichkeit« der Männer zeigt sich jedoch im jungen Erwachsenenalter aufgrund vermehrter Suizide und Unfälle (*RKI* 2011: 10). Historisch gesehen war dies nicht immer der Fall: Zu Beginn der Modernisierung erreichten Frauen aufgrund der hohen Sterblichkeit bei der Geburt ein geringeres Lebensalter von ca. 24 Jahren als Männer, welche durchschnittlich 28 Jahre alt wurden. (Onnen/Stein-Redent 2017: 73).

Seit dem Ende des 19. Jahrhunderts liegt die Lebenserwartung von Frauen über der von Männern (*Destatis* 2019a: 14). Zum damaligen Zeitpunkt wurden Frauen mit 38,5 Jahren ca. drei Jahre älter als Männer (ebd.). Die geschlechtsspezifische Differenz weitete sich bis in die 1980er Jahre aus und erreichte in dieser Zeit in West-Deutschland einen Höchstwert von ca. acht Jahren (Onnen/Stein-Redent 2017: 73). Seitdem schließt sich die Schere in der Lebenserwartung von weiblichen und männlichen Neugeborenen durch die Angleichung der Lebensstile wieder (*RKI* 2012: 2; Onnen/Stein-Redent 2017: 73). Nach den Berechnungen der Sterbetafel 2016/18 liegt die aktuelle Lebenserwartung von Mädchen mit gut 83 Jahren knapp fünf Jahre höher als die von Jungen (*Destatis* 2019a: 20).

Biologische oder genetische Faktoren allein können lediglich eine Differenz von ein bis zwei Jahren in der mittleren Lebenserwartung erklären, bedeutsamer sind die Auswirkungen gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen sowie von Umwelt- und Lebensbedingungen (Onnen/Stein-Redent 2017: 75; *DAK* 2008: 69[27]). Hier sind spezifische Belastungen und Risiken zu nennen, die vor allem die Gruppe der Männer betreffen.

Die herausragende Bedeutung des sozioökonomischen Status für die Sterblichkeit beider Geschlechter wurde bereits erläutert. Grundsätzlich steigt mit höherem Bildungsabschluss und steigendem Einkommen auch die Lebenserwartung. Demzufolge ist die Sterblichkeit von Frauen über 65 Jahre – mit geringem Einkommen, psychischen Belastungen und kleinerem sozialen Netzwerk – ebenso wie bei Männern mit niedrigem Bildungsstatus und physischer Arbeitsbelastung oder bei Arbeitslosigkeit erhöht (Onnen/Stein-Redent 2017: 75; DAK 2008: 65; Scholz/Schulz 2007: 7ff.). Die vorzeitige Sterblichkeit der Männer ist in allen Einkommensgruppen höher als bei den Frauen, aber die geschlechtsbezogene Differenz fällt umso größer aus, je niedriger das Einkommen ist (Lampert/Kroll/Hoebel 2019: 7f.).

Unterschiedliche Lebensbedingungen – in der Erwerbsarbeit, in der Familien- bzw. Care-Arbeit oder der sozialen Einbindung – korrespondieren mit differenten Lebensstilen und Gewohnheiten von Männern und Frauen – auch im Umgang mit Gesundheit bzw. Morbidität (Onnen/Stein-Redent 2017: 74). Männer werden mehrheitlich »ungesunden«, Frauen dagegen überwiegend »gesunden« Lebensstilgruppen zugeordnet

27 Luy (2002: 120) stellte im Fazit seiner sogenannten »Klosterstudie«, fest, dass sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Lebenserwartung unter identischen Lebensbedingungen des Klosters und bei gleichen Berechnungsverfahren im Zeitraum 1910 bis1985 anders als in der Allgemeinbevölkerung nicht stetig vergrößert haben, sondern auf einem konstanten Niveau von null bis zwei Jahren zugunsten der Frauen bestehen blieben.

(ebd.: 76). Dennoch schätzen Männer ihren subjektiven Gesundheitsstatus insgesamt positiver ein als Frauen (ebd.: 74f.; DAK 2008: 42) und empfinden sich weniger anfällig für Krankheiten (Faltermaier o.J.: 1). Außerdem neigen Männer in stärkerem Maße dazu, Krankheitsanzeichen zu ignorieren oder zu negieren (Stöver 2010: 203). Männer nehmen ärztliche Versorgungsleistungen seltener in Anspruch und ihr durchschnittlicher Krankenstand ist niedriger als der von Frauen (DAK 2008: 42 und 96). Anders als Frauen und Mädchen verbalisieren Männer und Jungen nicht so oft ihre Gesundheit und entwickeln demzufolge im Austausch mit anderen auch seltener Strategien, welche sich förderlich auf ihre Gesundheit auswirken (Stöver 2010: 203). Männer neigen häufiger zu ›riskanten‹ gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen – etwa im Verkehr, beim Sport, beim Alkohol- und Nikotinkonsum oder bei der Ernährung (DAK 2008: 42).

Unterschiede in der Art der Lebensführung bedingen auch differente Sterblichkeitsverhältnisse. Umgekehrt gilt, dass ähnliche Lebensstile und Sozialisationsbedingungen zu angeglicheneren Sterblichkeitsverhältnissen von Männern und Frauen führen – wie auch die Vergleiche von ost- und westdeutschen Mortalitätsverhältnissen zeigen (Onnen/Stein-Redent 2017: 77).

Morbidität und Mortalität werden auch durch die individuelle soziale Einbindung und die Art der Beziehungen zum sozialen Umfeld beeinflusst. Abhängig davon, ob es sich um eine Partner:innenbeziehung, eine Eltern-Kind-Beziehung, eine enge oder fernere verwandtschaftliche oder freundschaftliche Beziehung oder um den Kontakt zu Nachbar:innen oder Arbeitskolleg:innen handelt, unterscheiden sich sowohl die Struktur als auch die Bedeutung der sozialen Beziehungen für die Beteiligten. Persönliche Beziehungen haben ihren spezifischen Charakter und unterscheiden sich in der Kontakthäufigkeit sowie in der Art und dem Ausmaß an emotionaler bzw. instrumenteller Unterstützung (vgl. Höpflinger 2014: 1f.). Immer gilt auch, dass die sozialen Beziehungen – beispielsweise Partner:innenschaften oder Eltern-Kind-Beziehungen – in unterschiedlichen sozialen Milieus wesentliche Differenzen aufweisen (Lenz 2008: 19; vgl. Koppetsch/Burkart 1999).

Die Qualität sozialer Beziehungen ist ein bedeutsamer Faktor für das individuelle Wohlbefinden und die Gesundheit. Die Beziehungsgestaltung von Männern und Frauen unterscheidet sich sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht. Es gibt geschlechtsspezifische Differenzen in der Netzwerkgröße, der Verfügbarkeit sozialer Unterstützung, den Bezugskontexten, den sozialen Präferenzen und in den Sozial- wie Beziehungskompetenzen. Hierdurch bedingt können auch die gesundheitlichen Auswirkungen der Gesamtheit unterschiedlicher Beziehungen geschlechtsspezifisch geprägt sein.

Empirisch belegte Unterschiede in der Lebenserwartung zeigen sich abhängig vom Familien- bzw. Beziehungsstatus. Männer mit Familie oder in einer Paarbeziehung erfahren durch diese insbesondere emotionale Unterstützung und zeigen verstärkt gesündere Verhaltensweisen (Onnen/Stein-Redent 2017: 77f.). Verheiratete Männer haben eine um ca. sechs Jahre höhere Lebenserwartung als nicht verheiratete oder geschiedene Männer (ebd.: 78). Bei Frauen fällt dieser ›Überlebensvorteil‹ bzw. die protektive Wirkung der Ehe mit ca. drei Jahren geringer aus (ebd.). Eine Scheidung ist jedoch für Männer und Frauen mit annähernd gleichen Minderungen der Lebenserwartung von 9,3 bzw. 9,8 Jahren verbunden (ebd.: 78). Die Lebenserwartung differiert auch abhängig davon,

ob Nachkommen vorhanden sind oder nicht (Max-Planck-Gesellschaft (MPG) 2019: o. S.): Männer und Frauen mit Kindern haben eine längere Lebenserwartung bzw. einen »Sterblichkeitsvorteil« (ebd.); Frauen ohne Kinder leben durchschnittlich drei Jahre kürzer (Onnen/Stein-Redent 2017: 78).

Untersuchungen zeigen, dass alleinlebende Personen ohne Partner:innenschaft über kleinere soziale Netzwerke und alleinstehende Männer über die wenigsten sozialen Kontakte verfügen (Runge 2007: 96f.). Andere Studien ergänzen, dass Frauen nicht nur auf größere soziale Netzwerke, sondern auch auf mehr soziale Unterstützung als Männer zurückgreifen können (Schmerl/Nestmann 1991 und Burda/Vaux/Schill 1984, beide zit.n. Eller 2006: 15)[28].

Die Netzwerkforschung belegt aber auch, dass ein großes Netzwerk nicht zwingend eine ausreichende soziale Unterstützung gewährleistet (Petermann 2001: 3). Geschlechtsübergreifend gilt, dass die Größe der sozialen Netzwerke mit zunehmendem Alter tendenziell abnimmt (Glass et al. 1997, zit.n. Eller 2006: 15), und, dass externe außerfamiliäre persönliche Beziehungen mit steigendem Alter seltener werden, da eine Tendenz zu sozialer Homogamie respektive Altershomogenität besteht (Höpflinger 2014: 4 und 12). Entsprechend mehren sich im Lebensverlauf mortalitätsbedingte Beziehungsverluste, welche vielfach nicht ersetzt werden (ebd.: 12). Außerdem haben sowohl Frauen als auch Männer mehr gleichgeschlechtliche als gegengeschlechtliche Netzwerkpersonen (Griffith 1985, zit.n. Eller 2006: 15; Lenz 2008: 17), womit eine Verstärkung im positiven oder negativen Sinn verbunden sein kann. Ein kleines Netzwerk verweist nur bedingt auf eine schwache soziale Einbindung, sondern entscheidend ist die subjektive Einschätzung. Individuelles Wohlbefinden und Zufriedenheit können sich sowohl in einem verhältnismäßig kleinen als auch großen Netzwerk einstellen (Runge 2007: 77). Wichtig ist, dass wenigstens eine Vertrauensperson verfügbar ist (Höpflinger 2014: 1). Enge und unterstützende Beziehungen sind ein bedeutsamer Faktor für die Lebensqualität (ebd.). Die Bedeutung instrumenteller Unterstützung zeigt sich insbesondere dann, wenn die eigenen Möglichkeiten aufgrund von Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit begrenzt sind.

Diewald (1991) zeigt, dass Frauen in stärkerem Maße als Männer Einsamkeit empfinden, selbst wenn sie im selben Maße eingebunden sind und über mehr emotionale Unterstützung verfügen. Minnemann (1994) bestätigt, dass die sozialen Kontakte für Frauen eine höhere Bedeutung hinsichtlich ihrer allgemeinen Lebenszufriedenheit besitzen. Runge (2007: 78) verweist darauf, dass in den alten Bundesländern ein Viertel aller alleinlebenden Männer die Quantität und Qualität der eigenen sozialen Beziehungen als »schlecht« bezeichnet, und dies einerseits mit der geringen Größe des Netzwerks und andererseits mit dem Fehlen einer engen Partner:innenschaft begründet. Künemund und Hollstein (2000) untermauern, dass Partner:innen für Männer die wichtigsten Bezugs- und Unterstützungspersonen darstellen. Emotionale Vertrautheit und soziale Unterstützung scheinen für Männer häufig auf die Partner:innenschaft beschränkt zu sein (Thönnes 2013: 32; Runge 2007: 89f.; vgl. Antonucci/Sherman/Akiyama 1996). Frauen

28 Stokes und Wilson (1984) erkannten dagegen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich der Netzwerkgröße.

dagegen pflegen häufiger zusätzliche enge Beziehungen außerhalb der Lebensgemeinschaft (Peuckert 2008: 56; Runge 2007: 85; vgl. Antonucci/Sherman/Akiyama 1996) und stützen sich relativ gleich stark auf verschiedene Personen ihres näheren Umkreises (Thönnes 2013: 32). Männer – insbesondere mit niedrigem sozioökonomischen Status – sind daher in stärkerem Maße von sozialer Vereinzelung und Isolation betroffen. Erst ab einem Alter von ca. 75 Jahren ist das Isolationsrisiko von Frauen ähnlich groß wie das von Männern (Huxhold/Engstler 2019: 71; BMFSFJ 2019: 110).

Abhängig vom Lebensalter und den dominierenden Sozialbezügen sind in den Netzwerken unterschiedliche Personen von besonderer Bedeutung. Im jüngeren Alter werden in stärkerem Maße Kontakte zu Gleichaltrigen, im mittleren Alter zu Arbeitskolleg:innen und im höheren und hohen Alter zu den eigenen Kindern gesucht und aufrechterhalten (Due et al., 1999, zit.n. Eller 2006: 15). Nach dem Tod der Partner:innen gewinnen die Beziehungen zu den Nachkommen und anderen Familienmitgliedern an Bedeutung (*DZA* 2011: 3). Wegen der höheren Lebenserwartung der Frauen und dem meist höheren Alter der Männer in Partner:innenschaften sind in den meisten Fällen Frauen vom Beziehungsverlust bzw. der Verwitwung betroffen (ebd.: 1). Nach einer Verwitwung gehen Frauen – auch aus strukturellen Gründen – seltener als Männer eine neue Partner:innenschaft ein (Onnen/Stein-Redent 2017: 80). Die eigenen Kinder sind für ältere alleinstehende Personen – in starkem Maße gilt dies für verwitwete Frauen – die wichtigsten Bezugspersonen und auch diejenigen, von denen Hilfe und Unterstützung erwartet wird (Runge 2007: 80). Aber auch den Kontakten zu Geschwistern kommt mit zunehmendem Lebensalter eine höhere Bedeutung zu (ebd.: 87; vgl. Minnemann 1994). Im Vergleich zu Männern zeigen Frauen eine stärkere Familienorientierung – insbesondere im Verhältnis zu entfernteren Verwandten (Runge 2007: 81f.; vgl. Minnemann 1994; Stokes/Wilson 1984; Schmerl/Nestmann 1991).

Die Bedürfnisse nach Gesellschaft und Unterstützung können – ergänzend oder ausschließlich – durch außerfamiliäre Kontakte verwirklicht werden. Untersuchungen belegen, dass Frauen häufiger als Männer auf Freund:innen und Bekannte zurückgreifen können (Runge 2007: 85) und in ihren Netzwerken mehr Personen aus der Nachbar:innenschaft haben. Männer nennen mehrheitlich Arbeitskolleg:innen und Freund:innen als Kontaktpersonen (Moore, 1990, zit.n. Eller 2006: 15[29]). Shumaker und Hill (1991: 106, zit.n. Onnen/Stein-Redent 2017: 80) stellen fest, dass Männer häufiger »extensive« und seltener »intensive« Netzwerke aufbauen. Auch wenn Männer möglicherweise im Beruf oder in Freizeit- und Vereinstätigkeiten sozial aktiver sind, so können sie dennoch im Vergleich zu Frauen auf weniger emotional bedeutsame Beziehungen außerhalb der Familie zurückgreifen. Die Kompensation fehlender enger bzw. abgebrochener Beziehungen fällt Frauen aufgrund sozialisationsbedingt erworbener Persönlichkeitseigenschaften – wie erhöhte Kommunikationsbereitschaft, Kontaktfreudigkeit, Empathie und Offenheit – wesentlich leichter als Männern (Runge 2007: 97; vgl. Antonucci/Sherman/Akiyama 1996; Foner 1986). Aufgrund der profunderen Sozialkompetenzen sind Frauen eher dazu in der Lage, soziale Bezüge aufzubauen und zu pflegen (Baltes et al. 1996; Röhrle 1994).

29 Ob diese geschlechtsspezifischen Unterschiede angesichts der veränderten, in stärkerem Maße angeglichenen Erwerbstätigkeitsquoten von Männern und Frauen noch immer gelten, ist fraglich.

Das soziale Wohnumfeld ist in stärkerem Maße vorgegeben und nicht immer frei gewählt. Nachbar:innenschaftsbeziehungen variieren je nach Wohnort, Lebens- und Wohnverhältnissen und sozialer Verbundenheit (Höpflinger 2014: 14). Gute nachbarschaftliche Kontakte können nicht nur die Lebensqualität verbessern, sondern ebenso die Möglichkeit der Nachbar:innenschaftshilfe bereitstellen. Dies ist umso bedeutsamer für Personen mit eingeschränkter Selbständigkeit. Nowossadeck und Block (2017: 22) haben hinsichtlich der Häufigkeit nachbarschaftlicher Kontakte nur geringe Unterschiede zuungunsten von Männern festgestellt, verweisen aber auf ein geschlechtsübergreifendes Abnehmen der Hilfsbereitschaft mit geringerer Güte der Wohnlage: In ›einfachen‹ Wohnlagen können die wenigsten Männer und Frauen auf Unterstützung durch die Nachbar:innenschaft zurückgreifen (ebd.).

Der soziale Gradient zeigt sich nicht nur hinsichtlich des Wohnumfelds, sondern auch abhängig vom individuellen Bildungsstatus[30]: Mit höherer Bildung steigt die soziale Aktivität beider Geschlechter, und die Betroffenen können auf größere und vielfältigere Netzwerke aus sozialen Beziehungen zur Unterstützung zurückgreifen, welche darüber hinaus auch eine hohe Verlässlichkeit aufweisen (*DZA* 2011: 2; Runge 2007: 86).

Die Beziehungsmuster bilden sich in geschlechtsspezifischen Vergesellschaftungsprozessen. In sozialen Beziehungen kommt Frauen infolge dieser Entwicklungen eine »besondere sozial integrative Rolle« zu (Onnen/Stein-Redent 2017: 79f.). Sie kümmern sich vorrangig um die Pflege von Verwandtschaftsbeziehungen sowie auch um den Aufbau und die Pflege anderer Kontakte (ebd.: 80). Frauen sind wesentliche Bindeglieder für intergenerative Beziehungen (ebd.). Durch ihre familiären Verpflichtungen sind Frauen besonders im mittleren Alter stärker eingebunden als Männer und können auch in späteren Jahren auf diese soziale Ressource zurückgreifen (ebd.: 83; Beyer 2008: 14). Die geschlechtstypischen Rollenzuschreibungen von Männern befördern dagegen eher riskante, Lebenszeit verkürzende Verhaltensweisen. Durch »Rollenstress« kann von den im Sozialisationsprozess erworbenen traditionellen Rollenbildern eine gesundheitliche Belastung ausgehen, da deren Herstellung tendenziell zu selbst- (oder fremd-)schädigenden Einstellungen und Verhaltensweisen führt (DAK 2008: 69).

Frauen haben im Vergleich zu Männern einen ›Überlebensvorteil‹ dadurch, dass sie aufgrund ihrer Sozialisation geübter sind, soziale Beziehungen aufzubauen und zu pflegen. Beyer (2008: 14) zieht einen Zusammenhang zum Lebensende und konstatiert als Ergebnis ihrer Untersuchungen: »Frauen tragen im Leben viele und werden im Sterben oftmals von vielen Menschen getragen.« Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass ›gebundene‹ Männer in der Sterbephase vor allem durch ihre Partner:innen begleitet werden, und dass alleinstehende Männer häufig ohne soziale Unterstützung in der Sterbephase bleiben. Wie die geschlechtsspezifischen Orientierungen von Männern und Frauen zu charakterisieren sind, ist von Cline (1997) in einer Studie untersucht worden: Männer erleben den Tod demzufolge eher als ein Ereignis von außen und Frauen Leben und Tod eher als innenliegende Geschehnisse, welche mit ihrer Psyche, ihren Erwartungen und ihrem Körper eng verbunden sind.

30 Geht man davon aus, dass ein höherer Bildungsstatus meist mit einem höheren Einkommen und damit auch mit umfassenderen Wahlmöglichkeiten hinsichtlich des bevorzugten Wohnumfelds einhergeht, so zeigt sich hier ein Zusammenhang zwischen beiden Ergebnissen.

Eine positive Qualität sozialer Beziehungen geht mit einer mortalitätssenkenden Wirkung einher (Klein et al. 2002: 447). Der Mangel oder das Fehlen sozialer Kontakte beschleunigt dagegen den Alterungsprozess und erhöht die Morbidität und Mortalität (vgl. Kapitel 5.4.4). Dieser Befund gilt insbesondere für alleinlebende Männer mit niedrigem sozioökonomischen Status, aber auch nach einer Scheidung verringert sich die statistische Lebenserwartung von Männern und Frauen fast um eine Dekade (Onnen/Stein-Redent 2017: 78).

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen beeinflussen und strukturieren persönliche Beziehungen in vielfältiger Weise. Die intersektionale Perspektive befasst sich mit der Verschränkung von verschiedenen Ungleichheitsverhältnissen, die sich in ihren Folgen nicht einfach nur aufaddieren, sondern gegenseitig verstärken. Für die Mortalitätsverhältnisse gilt, dass die Interdependenzen des Geschlechts, des sozioökonomischen Status, des Alters, des Familienstands bzw. des Beziehungsstatus, der Gesundheit bzw. des Gesundheitsverhaltens gravierenden Einfluss auf die Lebenserwartung nehmen. Die höchste Sterblichkeit kann für alleinstehende bzw. geschiedene Männer mit niedrigem sozioökonomischen Status und gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. riskantem Gesundheitsverhalten abgeleitet werden.

4. Der gesellschaftliche Umgang mit *einsamem* Sterben und *unentdecktem* Tod

In diesem Kapitel wird der gesellschaftliche Umgang mit *unentdeckten* Toden und *einsamem* Sterben zunächst anhand von drei Perspektiven beleuchtet. In der medialen Berichterstattung werden die Todesfälle durch die Beschränkung auf Extremfälle zwar partikularisiert – weil sie gegen die Alltagserfahrung stehen –, aber andererseits auch – weil sie als Folge gesellschaftlicher Entwicklungen angesehen werden – zu einer allgemeinen Unwägbarkeit für sozial benachteiligte, vor allem ältere Personen. In der Sozialverwaltung erfahren *unentdeckte* Todesfälle dagegen keine besondere Beachtung und werden, wie üblich, bürokratisch und standardisiert abgewickelt. Wenn individuelle soziale Netzwerke fehlen, werden die Bestattungen durch staatliche Behörden ›von Amts wegen‹ organisiert. Als globales Phänomen ist der gesellschaftliche Umgang von der jeweiligen Kultur geprägt und unterliegt auch innerhalb dessen einem historischen Bedeutungswandel – wie die Diskursanalyse von Dahl (2016) für das »kodokushi«-Phänomen in Japan verdeutlicht. Im abschließenden vierten Kapitel wird der Blick geweitet und der gesellschaftliche Wandel des Umgangs mit Sterben und Tod in den Mittelpunkt gerückt. Die meisten Autor:innen (vgl. Feldmann 2010a: 58ff.) finden es unangemessen, von einer grundsätzlichen »Verdrängung« bzw. »Tabuisierung« der Thematik zu sprechen, sehen aber einzelne Aspekte, wie den Umgang mit dem eigenen und dem fremden Sterben bzw. Tod, durchaus »vernachlässigt«. Vor diesem Hintergrund lässt sich auch die auffällig ›zurückhaltende‹ Thematisierung *unentdeckter* Todesfälle erklären.

4.1 Emotionalisierung und Skandalisierung in der medialen Berichterstattung

In den Medien wird in unregelmäßigen Abständen über außergewöhnliche *unentdeckte* Todesfälle berichtet. Meist sind die Verstorbenen erst nach mehrjähriger Liegezeit eher zufällig aufgefunden worden. Die Berichterstattung hebt das »einsame« Versterben und insbesondere die über den Tod reichende ›Unsichtbarkeit‹ vor allem älterer Personen – trotz räumlicher Nähe zur Nachbar:innenschaft – hervor, welche in einzelnen Fällen auch

von Dritten für betrügerische Zwecke missbraucht wird. Die Mehrheit der Todesfälle ereignet sich im privaten Bereich, daneben werden auch Fälle im öffentlichen Raum geschildert. Sehr selten wird über *unentdeckte* Todesfälle im institutionellen Kontext sozialer und gesundheitsbezogener Einrichtungen berichtet. Im Folgenden werden exemplarische Darstellungen herausgegriffen, um zu illustrieren, wie und über welche Fälle in den Medien berichtet wird.

Im Frühjahr 2017 wurde in einem Münchener Stadtteil die Leiche einer 91-jährigen Frau zwei Jahre nach ihrem Tod entdeckt. Der Bericht in der *Süddeutschen Zeitung* (Kerscher/Schmidt 2017) ist um Sachlichkeit bemüht, lässt aber auch die persönliche Betroffenheit und das Unverständnis der Autor:innen erkennen, warum niemand die Verstorbene »vermisst« hat, und sich eine Nachbar:in erst nach zwei Jahren »Sorgen machte«, weil der Briefkasten überquoll und darauf die Polizei verständigte. Sterben und Tod der alten Frau werden resümierend kommentiert: »Die 91-Jährige ist einsam gestorben – und blieb auch nach ihrem Tod allein.«

Im Sommer 2018 berichtet die *Süddeutsche Zeitung* (Schmidt 2018) über den Fund der »skelettierten Leiche« eines 80-jährigen, ledigen Mannes in einem anderen Münchener Vorort, nachdem die Polizei zwei Jahre nach Todeseintritt durch den Vermieter verständigt worden war. Die Autor:in bringt die eigene Konsternation deutlich wertend und mit einer indirekten Verantwortungszuweisung an unbenannte Andere zum Ausdruck: »Niemand scherte sich um das Schicksal des alten Mannes. Kein Mensch nahm Notiz davon, dass er eines Tages einfach verschwand.«

Die *Stuttgarter Nachrichten* (2017) beziehen sich in einem Artikel auf verschiedene zurückliegende Fälle, die bis zu 15 Jahre *unentdeckt* geblieben und teils im Zusammenhang mit der Verheimlichung des Todeseintritts durch Dritte standen, meist um die Rente und weitere Sozialleistungen an die Verstorbenen weiter zu beziehen. Im Titel »Unbemerkter Tod – Wie einsam leben Großstädter?« deutet sich bereits der angenommene Erklärungszusammenhang an. Im Verweis auf verschiedenen Expert:innen grenzen die Autor:innen die Gruppe der in Großstädten von Vereinsamung, »einsamen Sterben« und »unbemerkten Toden« Betroffenen weiter ein und sehen vor allem Hochbetagte als gefährdet an.

Im Gegensatz zu den bislang geschilderten Fällen, bei denen das soziale Milieu und die Nachbar:innenschaft der Verstorbenen eher am Rande oder indirekt erwähnt werden, hebt die Berichterstattung über den Tod eines 72-jährigen Mannes aus Duisburg-Marxloh in einer sogenannten ›Schrottimmobilie‹ diesen Aspekt stärker hervor. Neben entsprechenden Symbolbildern – von zerstörten Klingeltafeln und Müllbergen vor maroden Wohnhäusern – wird in den Artikeln sowohl auf die hohe Fluktuation als auch auf die Sozialstruktur der Bewohner:innenschaft verwiesen und als mögliche Erklärung für die späte Entdeckung angeführt (Welt 2018; Richter 2018). Die Auffindung nach ca. drei Jahren erfolgt zufällig und weist ein »Kuriosum« auf (Richter 2018): Erst bei dem zweiten Besuch in der Wohnung nach Ablauf eines Jahres wird der Leichnam des Mannes von Handwerker:innen entdeckt. Richter (2018) hebt hervor, dass nicht nur die Nachbar:innenschaft, sondern auch die Sozialverwaltung – der Verstorbene bezog Rente und zusätzliche Sozialleistungen – keine Nachforschungen anstellte: »Sein Tod blieb unbemerkt – nicht nur im Haus, auch bei Behörden.« Der Hinweis auf die negativen Folgen

der Automatisierung und der kontaktlosen Abwicklung von Zahlungen erfolgt auch in anderen Artikeln (z.B. Pflüger-Scherb 2015).

Ein weiterer Bericht zu diesem Todesfall von Schwerdtfeger (2018) ist ähnlich prononciert und trägt den Titel: »Der Nachbar, den niemand vermisste«. In dem Artikel berichtet die Autor:in von einem Besuch in dem Wohnhaus und von den Befragungen der Nachbar:innenschaft. Deren Aussagen betonen übereinstimmend, dass alle Mieter:innen zurückgezogen und ohne engeren Kontakt zu anderen leben. Das dazu gehörige Foto zeigt die Wohnungstür mit einem Siegel des Gerichtsvollziehers und einer Aufforderung der Hausverwaltung aus dem Jahr 2016: »Wir haben Sie mehrfach nicht angetroffen. Rückruf dringend erbeten.«

Bei Todesfällen mit mehrjähriger Liegezeit sind intendierte Kontaktaufnahmen eher die Ausnahme. Im Jahr 2012 wird in Hagen die mumifizierte Leiche einer 66-jährigen Frau fünf Jahre nach Todeseintritt durch einen Einbrecher entdeckt (*Stuttgarter Nachrichten* 2017). Eine andere 57-jährige Frau wird in Düsseldorf im Jahr 2013 ca. vier Jahre nach dem Versterben aufgefunden, da Polizist:innen diese in einem Betrugsverfahren als Zeugin vernehmen wollen. Nachbar:innen der Verstorbenen hatten über Jahre deren Unterschrift gefälscht und Sozialleistungen ›abgezweigt‹. Dennoch wird auch hier – wie bei fast allen *unentdeckten* Todesfällen – eine »natürliche« Todesursache angenommen.

Die Mehrheit der dargestellten *unentdeckten* Todesfälle ereignet sich in Großstädten, aber mitunter werden auch Fälle im ländlichen Raum erwähnt. So berichtet die *Hessische Niedersächsische Allgemeine Zeitung* (Pflüger-Scherb 2015) Ende 2015 über den Tod einer 87-jährigen Frau aus Lohfelden, einer dörflich geprägten Gemeinde mit weniger als 14.000 Einwohner:innen im Landkreis Kassel. Die Auffindung des Leichnams erfolgt nur deswegen, weil man sich wegen eines Wasserschadens im Haus Zutritt zur Wohnung verschafft und dabei die mittlerweile skelettierte Leiche in deren Bett entdeckt hat. Bereits in der Überschrift lenkt die Autor:in den Fokus auf die zehn Mitbewohnenden des Mehrfamilienhauses: »Nachbarn merkten nichts«. Im Text wird weiter ausgeführt, dass auch die angenommene »vorübergehende starke Geruchsentwicklung« keine Handlungen ausgelöst hat. Ebenfalls mit Unverständnis berichtet die Autor:in, dass man die Post für die Seniorin auf einem Fensterbrett stapelte, nachdem der Briefkasten gefüllt war. Insgesamt wird dieser Tod als »Fall eines wohl sehr einsamen Menschen« eingeschätzt.

Bei diesen Beispielen handelt es sich übereinstimmend um ältere und alte, nicht (mehr) erwerbstätige Personen. Die Wohnhäuser sind Mehrfamilienhäuser mit maximal zehn Mietparteien. Dies bedeutet, dass die ausbleibenden Reaktionen der Nachbar:innenschaft – anders als in Hochhäusern und Großwohnanlagen – nur bedingt mit mangelnder sozialer Kontrolle oder Unüberschaubarkeit begründet werden können. Im Allgemeinen werden mit steigender Anzahl der Wohneinheiten auch eine Zunahme der Anonymität und eine Abnahme der Verantwortlichkeit für den Bereich außerhalb der eigenen Wohnung angenommen (Flade 1987: 21ff.; Harloff et al. 2002: 175ff.)[1].

Die Recherche von Nichelmann (2018), der in einem Radio-Feature die Lebensgeschichte eines in einem Berliner Hochhaus verstorbenen 66-jährigen Mannes rekonstruiert, bestätigt zwar Kontakte zur Mitbewohner:innenschaft, kommt aber dennoch zu

1 Eine differenzierte – nicht nur auf die Anzahl der Wohneinheiten begrenzte – Betrachtung des Sozialraums Hochhaus findet sich bei Althaus (2018).

dem Schluss: »Im Laufe des Jahres 2007 verschwindet Herr D. aus dem Blickfeld der Hausbewohner«. Das Leben der Nachbar:innen geht weiter und erst fünf Jahre später wird der mumifizierte Leichnam entdeckt. Nichelmann (2018) kommt zu dem Schluss, dass es sich um »eine vergleichsweise gewöhnliche Geschichte handelt, die immer wieder in Deutschland passiert«, wenngleich fünf Jahre zwischen Tod und dessen Feststellung doch eine Ausnahme darstellten. An diesem Fall ist auch interessant, dass biographische Details verfügbar sind, welche zumindest vage Aussagen zur Lebensgeschichte zulassen. So ergibt die Spurensuche, dass der Verstorbene mehr als drei Jahrzehnte in dem Hochhaus lebte, zunächst mit seiner Ehefrau und nach der Trennung in den 1990er Jahren allein. Im gelernten Beruf fand er keine Anstellung mehr, und so ging er zeitweilig Hilfstätigkeiten nach. Auf Außenstehende wirkte er über viele Jahre nicht einsam, sondern sozial eingebunden. Nach der Jahrtausendwende schien jedoch der vermutlich angestiegene Alkoholkonsum die soziale Isolation des Verstorbenen forciert zu haben.

In dem Fall eines 59-jährigen Frührentners in Senden, der ebenfalls in einem Hochhaus samt seinem Hund acht Jahre *unentdeckt* blieb, haben verschiedenen Medien (z.B. *Westdeutscher Rundfunk 1* 2019; Zelle 2019; *Radio Télévision Luxembourg* (*RTL*) 2019) über den Fall berichtet und wegen der ungeklärten Umstände auch eigene Nachforschungen angestellt. Die Auffindung erfolgte hier infolge eines Kellerbrandes, der die Evakuierung der Bewohner:innenschaft bedingte. Die Entdeckung des Leichnams scheint jedoch durch vermeintliche Versäumnisse der Polizei um Jahre verzögert worden zu sein. Zelle (2019) begibt sich in seinem Artikel: »Acht Jahre tot in der Wohnung – Wie ist das möglich?« auf die Suche nach Antworten und legt widersprüchliche Aussagen dar. Eine Nachbar:in hatte die Polizei bereits Jahre zuvor verständigt. Die Behörde bestätigt die Kontaktaufnahme und den Einsatz vor Ort. Nicht geklärt werden kann, warum die Wohnungstür trotz deutlicher Anzeichen – wie des bemoosten Kleinwagens des Verstorbenen auf dem Parkplatz, des strengen Verwesungsgeruchs und des überfüllten Briefkastens – nicht geöffnet wurde (*RTL* 2019). Aber auch die Postzustellung, die Hausverwaltung und die Nachbar:innenschaft haben auf den überfüllten Briefkasten nicht reagiert. Zelle zitiert die Aussage einer Vertreter:in der *Deutschen Post*, die bestätigt, dass ein nicht geleerter Briefkasten grundsätzlich eine »Meldespirale« auslösen soll. Schließlich scheinen andere Hausbewohner:innen – ohne allerdings vom Tod gewusst zu haben – die Kontodaten des Verstorbenen durch den Diebstahl von Poststücken abgegriffen und zu betrügerischen Zwecken missbraucht zu haben (*RTL* 2019). Resümierend setzt Zelle (2019) den Fall in einen Zusammenhang mit dem wachsenden Problem der Vereinsamung vor allem älterer Personen, die infolge der fehlenden Sozialkontakte von niemandem vermisst werden. Außerdem hebt die Autor:in hervor, dass eine anonyme Wohnumgebung ohne zentrale Begegnungsorte – wie der Gebäudekomplex mit 39 Wohneinheiten in Senden – einen solchen Prozess der Vereinsamung und sozialen Isolierung befördere.

Bei wenigen *unentdeckten* Todesfällen wird von ›nicht-natürlichen‹ Todesursachen berichtet. Ein Beispiel ist der über 19 Tage unbemerkte Tod der beiden Friedens- und Menschenrechtler:innen der Grünen Partei Gert Bastians und Petra Kelly im Jahr 1992 in einem Bonner Reihenhaus. Die meisten Reportagen erwähnen die Liegezeit von fast drei Wochen, hinterfragen aber diesen verhältnismäßig langen Zeitraum bis zur Auffindung nicht, obwohl hierin durchaus ein Widerspruch zur Prominenz der Verstor-

benen gesehen werden kann. Der Fokus liegt stattdessen in der Erörterung der unklaren Todesumstände. Sicher scheint, dass Bastians zunächst Kelly und dann sich selbst erschoss. Nicht geklärt werden konnte, ob es sich um einen gemeinschaftlichen Suizid, um einen »Akt fürsorglicher Gewalttätigkeit« oder um einen »erweiterten Suizid« – wie es die Staatsanwaltschaft annahm – gehandelt hat (Winkelmann 2017).

In einem anderen Fall ist das Tötungsdelikt in Verbindung mit Betrug – unstrittig. Ein 80-jähriger kinderloser Witwer ist in Berlin von einem anderen Mann getötet, zerstückelt und dann über mindestens zehn Jahre in einer Tiefkühltruhe aufbewahrt worden (März 2018). Der Täter hat die Rentenbezüge abgezweigt und zur Vertuschung für den Verstorbenen den postalischen Kontakt zu Dienststellen wie der Finanz- und Hausverwaltung übernommen. März (2018) zeigt sich nicht nur wegen der Skrupellosigkeit »erschrocken«; sondern auch weil weder die Nachbar:innenschaft noch eine Behörde oder die Krankenkasse wegen der fehlenden ›echten‹ Lebenszeichen stutzig wurde, und »alte einsame Menschen« verschwinden können und dann jahrelang nicht vermisst werden. Die Autor:in sieht ein allgemeines Risiko für die Gruppe der Älteren: »Nachlassende Lebenskraft ist nur ein Symptom des Alters – nachlassende Sichtbarkeit ein anderes.«

Abschließend sei noch auf den eher tragischen Fall einer Patient:in mit einer psychischen Erkrankung verwiesen, welche acht Tage tot im Fahrstuhl eines Gelsenkirchener Krankenhauses lag, bis der Leichnam bei Reparaturarbeiten aufgefunden wurde (Kimerlis/Şat 2015). Nachdem das Verschwinden bemerkt worden war, hat es anscheinend eine zeitlich und räumlich begrenzte Suche gegeben, welche jedoch nicht auf den defekten – meist von Mitarbeitenden benutzen – Fahrstuhl bezogen war. Auch in diesem Fall konzentriert sich die Berichterstattung auf die Klärung der Hintergründe der verzögerten Entdeckung und nicht auf die Person des Verstorbenen.

Soweit zum Duktus der medialen Berichterstattung. Die eigene Auswertung belegt nur einzelne Todesfälle mit einer Liegezeit von etwa einem Jahr. Die Mehrheit der Verstorbenen wurde innerhalb der ersten Woche nach Todeseintritt aufgefunden. Aber selbst über die *unentdeckten* Todesfälle mit höheren Liegezeiten wurde in den Medien – soweit es die eigene Recherche ergab – nicht berichtet. Dies bedeutet, dass keiner der in dieser Arbeit quantitativ oder qualitativ erwähnten Todesfälle einer größeren Öffentlichkeit bekannt geworden ist. So wie viele Verstorbene zu Lebzeiten aus dem Blickfeld in die ›Unsichtbarkeit‹ verschwinden, scheint dasselbe auch für die Mehrheit der Fälle nach Entdeckung des Todes zuzutreffen. *Unentdeckte* Tode sind ein weitgehend verborgenes und unbeachtetes soziales Phänomen.

4.2 Bürokratische Abwicklung des Todes

So wie vielfältige Rechtsnormen das Zusammenleben der Gesellschaft regeln, so finden sich auch zahlreiche Bestimmungen, die genauestens festlegen, wie der Tod eines Menschen festgestellt, unter welchen Bedingungen dessen Tod beurkundet, und wie letztlich die Bestattungspflicht umgesetzt werden muss.

(Rechts-)Medizin – Feststellung des Todes

Der Tod eines Menschen muss in der Regel von approbierten Ärzt:innen zweifelsfrei festgestellt werden. Wenn Vitalzeichen wie Bewusstsein, Puls oder Atmung fehlen, erfolgt eine nach bestimmten Vorschriften durchzuführende ärztliche Untersuchung, die sogenannte äußere Leichenschau, um den Tod anhand von mindestens einem sicheren Todeszeichen zu konstatieren (Madea/Dettmeyer 2003: A 3170). Außer der sicheren Bestätigung des Todes dient die äußere Leichenschau auch der Feststellung der Identität, der Todeszeit, des Sterbe- und Auffindungsortes, der Todesursache(n) und der Todesart (natürlich, nicht-natürlich, ungeklärt). Alle Angaben werden in einem schriftlichen Bericht, der Todesbescheinigung, festgehalten (ebd.: A 3162). Die Todeszeit soll möglichst minutengenau erfasst werden. Außerdem sind eventuelle meldepflichtige Umstände (z.B. übertragbare Erkrankungen nach dem Infektionsschutzgesetz) festzuhalten (ebd.).

Die Todesarten sind wie folgt definiert: 1. Ein Tod wird als »natürlich« bestimmt, wenn er aus krankhafter innerer Ursache und unabhängig von äußeren Faktoren eingetreten ist (Madea/Dettmeyer 2003: A 3168; Riepert/Urban 2008: o. S.). 2. »Nicht-natürlich« bedeutet dagegen, dass der Tod von außen selbst-, fremd- oder unverschuldet verursacht, ausgelöst oder beeinflusst ist (ebd.). 3. Falls eine Festlegung auf eine natürliche oder nicht-natürliche Todesursache unmöglich ist, wird ein Tod als »ungeklärt« bestimmt (ebd.).

Bei Anhaltspunkten für einen nicht-natürlichen, auf äußere Gewalteinwirkung zurückgehenden Tod (Tötungsdelikt, Suizid, Unfalltod, Vergiftungen, Behandlungsfehler), bei ungeklärter Todesart oder bei nicht eindeutig zu identifizierenden Leichen sind die Untersuchenden gesetzlich verpflichtet, sofort die Polizei zu informieren, welche bei der Ermittlung der Todesursache, der Identität und des Todeszeitpunkts unterstützt[2]. Nur bei etwa zwei Prozent der Verstorbenen wird anschließend durch das Gericht bzw. die Staatsanwaltschaft eine Obduktion anberaumt (Riepert/Urban 2008: o. S.), wodurch die konkreten Todesursachen sowie die Vorerkrankungen bestimmt werden können[3].

Ermittlungsbehörden und (Rechts-)Medizin sprechen von »Wohnungsleichen«, wenn es sich um Verstorbene mit einer »Liegezeit von mindestens 24 Stunden« und um eine »Auffindung in einer privaten Wohnung/Haus« handelt (Merz 2013: 30). Eine Obduktion ist jedoch auch bei längerer Liegezeit und fortgeschrittenen Leichenerscheinungen, welche die Durchführung der äußeren Leichenschau »erschweren bis unmöglich« machen (Madea/Dettmeyer 2003: A 3164; vgl. Riepert/Urban 2008: o. S.), nicht verpflichtend, sondern entscheidend ist immer die von den Mediziner:innen bestimmte Todesart. Falls die exakte Bestimmung des Todeszeitpunkts nicht möglich ist,

---

2 Die ärztliche Leichenschau fällt in die Gesetzgebungskompetenz der Länder. So findet sich im *Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen Nordrhein-Westfalen* (*BestG NRW*) von 2003 in Paragraph 9 (5) die folgende Vorgabe: »Finden die Ärztinnen und Ärzte an den Verstorbenen Anhaltspunkte für einen Tod durch Selbsttötung, Unfall oder Einwirkung Dritter (nicht natürlichen Tod) oder deuten sonstige Umstände darauf hin, so brechen sie die Leichenschau ab, unterrichten unverzüglich die Polizeibehörde und sorgen dafür, dass bis zum Eintreffen der Polizei Veränderungen weder an Toten noch an deren Umgebung vorgenommen werden.«

3 Synonym zum Begriff der ›Obduktion‹ werden ›Autopsie‹, ›(gerichtliche) Sektion‹ und ›innere Leichenschau‹ verwandt.

wird das Todeszeitintervall, die »Liegezeit«, durch zwei Angaben abgesteckt: »zuletzt lebend gesehen« und »tot aufgefunden am«.

Es ist anzunehmen, dass gerade niedergelassene Ärzt:innen nur selten in Kontakt mit Leichen in fortgeschrittenem Stadium kommen. Daher liegt die Vermutung nahe, dass vielfach von der Auffindungssituation auf die Todesart wie auch auf die Identität geschlossen wird (Merz 2013: 7) und weitergehende Untersuchungen ausbleiben. Auch die Einschätzung der Liegezeit wird mit zunehmender Dauer unzuverlässiger, da fehleranfällige Anhaltspunkte – wie etwa das Datum der zuletzt aufgeschlagenen Seite der Fernsehzeitung oder des zuletzt datierten Poststücks – als Bestimmungsgrundlage dienen.

Das Formblatt für die ärztliche Todesbescheinigung gliedert sich in einen vertraulichen und einen nichtvertraulichen Teil. Der vertrauliche Teil, welcher bei den unteren Gesundheitsbehörden zu medizinal-statistischen Zwecken archiviert wird, beschreibt detailliert die sicheren Todeszeichen, die Todesursache und alle dafür wesentlichen Vorerkrankungen und Verletzungen. Der nichtvertrauliche Teil erfasst die gemäß Paragraph 31 *Personenstandsgesetz* (*PStG*) notwendigen Angaben zur Person, zur Art der Identifikation sowie Zeit und Ort des Todes und dient den Standesämtern als Grundlage zur Ausstellung der Sterbeurkunde. Da das Leichenwesen durch Landesgesetze und -verordnungen geregelt ist, unterscheiden sich die Todesbescheinigungen wie auch die Durchführungsbestimmungen in den einzelnen Bundesländern. Das *Personenstandsgesetz* beschreibt als Bundesgesetz die allgemeine Grundlage, die Durchführungsbestimmungen sind z.B. in der *Personenstandsverordnung Nordrhein-Westfalen* (*PStVO NRW*) dargelegt.

Madea und Dettmeyer (2003: A 3161) verweisen darauf, dass vielfach falsche Todesursachen sowie fälschlicherweise nicht-natürliche als natürliche Todesfälle bestimmt werden. Diese »Misere der ärztlichen Leichenschau« sei auf strukturelle und situative Ursachen – wie die uneinheitliche und konkurrierende Gesetzgebung der Bundesländer oder Fehleinschätzungen bei der äußeren Leichenschau aufgrund von Unkenntnis und Überforderung – zurückzuführen (ebd.; vgl. Riepert/Urban 2008: o. S.). Hierdurch bedingt wird eine hohe Dunkelziffer unerkannter nicht-natürlicher Todesfälle – insbesondere in der Gruppe der im häuslichen Umfeld verstorbenen Personen, bei denen niedergelassene Ärzt:innen den Tod feststellen – angenommen (Madea/Dettmeyer 2003: A 3168). Eine Studie, unter Mitwirkung von 23 *Rechtsmedizinischen Instituten* aus Deutschland, konstatierte bereits 1997, dass ein erheblicher Teil der auf den Todesbescheinigungen festgestellten Todesursachen unzutreffend ist, und dass in Deutschland jährlich mehr als 11.000 »nicht-natürliche« Todesfälle, darunter mindestens 1.200 Tötungsdelikte, nicht erkannt werden (Madea/Dettmeyer 2003: A3161; Riepert/Urban 2008: o. S.). Eine weitere Analyse von 10.000 Sterbefällen durch Zack et al. (2019) bestätigt, dass nur drei Prozent aller Todesbescheinigungen formal und inhaltlich korrekt ausgefüllt sind und fast 13 Prozent der Dokumente fehlerhafte Angaben zur Todesursache enthalten.

Standesämter – Beurkundung des Todes

Die Standesämter sind zuständig für die Beurkundung von Geburten, Ehen und Sterbefällen in entsprechenden Registern. Seit dem 1. Januar 2009 (mit einer Über-

gangsregelung bis zum 31. Dezember 2013) sind die Personenstandsbücher (Ehe-, Lebenspartner:innenschafts-, Geburten- und Sterberegister) in Deutschland durch elektronische Personenstandsregister abgelöst worden. Neben diesen Erstregistern werden die Register auch in Papierform archiviert. Die Aufbewahrungsfristen für diese ›Zweitbücher‹ bzw. ›Sicherungsregister‹ liegen bei 30 (Sterbefälle), 80 (Ehe und Lebenspartner:innenschaften) und 110 Jahren (Geburten). Für die elektronischen Register gilt eine zeitlich unbeschränkte Speicherung.

Nach der zweifelsfreien Feststellung des Todes, muss dieser spätestens am dritten Werktag bei den Standesämtern angezeigt werden, um hier abschließend urkundlich bestätigt zu werden (vgl. Paragraph 28 *PStG*). Die Anzeige eines Todesfalls kann grundsätzlich durch Institutionen, Bestattungsunternehmen oder Privatpersonen erfolgen. Falls eine Person in einer Einrichtung verstorben ist, so ist die Organisation zu einer schriftlichen Anzeige verpflichtet. Bei den meisten Todesfällen im privaten Umfeld, übernimmt ein Bestattungsunternehmen die mündliche oder schriftliche Sterbefallanzeige. Privatpersonen können einen Todesfall ausschließlich mündlich anzeigen.

Die eingehenden Sterbefallanzeigen werden in den Standesämtern bearbeitet. Die Personenstandsdaten der Verstorbenen werden überprüft – so beispielsweise die Identität anhand des Ausweises und der Geburtsurkunde, der Familienstand anhand der Eheurkunde oder auch des Scheidungsurteils. Die entsprechenden Bescheinigungen werden, falls sie der Behörde nicht im Original vorliegen, von den ausstellenden Behörden angefordert. Dies kann insbesondere bei Personen, die im Ausland geboren wurden, oder bei unstimmigen Angaben auch längere Zeit in Anspruch nehmen. Die Sterbeurkunde wird erst dann ausgestellt, wenn mindestens die Identität sicher festgestellt wurde. *Unentdeckte* Todesfälle können in den Sterberegistern über die Angabe eines Todeszeitraums anstelle eines Todeszeitpunkts identifiziert werden.

Ordnungs- und Sozialbehörden: Sicherstellung der Bestattung[4]

In Deutschland gibt es aus seuchenhygienischen Gründen eine Bestattungspflicht: Innerhalb bestimmter Fristen müssen die Angehörigen eines Verstorbenen dafür Sorge tragen, dass der Leichnam beigesetzt wird und die Kosten hierfür übernehmen. Falls keine Angehörigen zu ermitteln sind, oder diese nicht bereit sind, sich um die Angelegenheit zu kümmern, veranlasst das Ordnungsamt die Organisation der Bestattung. Sofern das Erbe oder das Vermögen der Angehörigen nicht ausreicht, tritt das Sozialamt ein und kommt für eine einfache, kostengünstige Bestattung auf. Auch wenn »Sozialbestattungen« vielfach von den Ordnungsbehörden abgewickelt werden, so sind »Sozialbestattungen«, genau genommen, von den »Bestattungen von Amts wegen« (auch: »Ordnungsamtsbestattung«, »ordnungsbehördliche Bestattung«, »Ersatzvornahme« oder »Zwangsbestattung« genannt) zu unterscheiden (Thieme 2016: 57),

4 Die Begriffe ›Bestattung‹ und ›Beisetzung‹ müssen unterschieden werden: »Der Terminus Bestattung benennt einen komplexen technischen und rituellen Vorgang, nämlich den der Übergabe der sterblichen Überreste eines Menschen an die sogenannten vier Elemente Erde, Feuer, Wasser und Luft. Unter Beisetzung hingegen wird die Verbringung der sterblichen Überreste an einen bestimmten Ort, in der Regel ist es heute ein Friedhof, verstanden« (Thieme 2016: 11).

bei welchen die Beteiligung der Behörden erforderlich wird, da keine Angehörigen zu ermitteln sind bzw. diese die Übernahme der Bestattungsangelegenheit ablehnen.

Es sind keine expliziten amtlichen Statistiken verfügbar, aber unsystematische Belege deuten auf eine Häufung beider Bestattungsformen nach der Jahrtausendwende. Eine Reportage (Report Mainz 2014) bestätigt für die Jahre 2004 bis 2014 in einzelnen Kommunen einen starken Anstieg: In Dortmund und Hannover um 50 Prozent, in Dresden um 80 Prozent und in Stuttgart sogar um 95 Prozent. Fischer (2012: 54) beziffert den Anstieg der Sozialbestattungen von 2006 bis 2010 auf 64 Prozent, wobei der Anteil in den Großstädten besonders hoch ist (Thieme 2016: 58). Thieme (ebd.: 57) verweist auf Zahlen des statistischen Bundesamts, nach denen die Anzahl der Beihilfeempfänger:innen von 2006 bis 2013 von rund 13.800 auf knapp 23.500 gestiegen ist[5]. Anton (2008: 45) vermutet, dass die Kürzung und endgültige Abschaffung des ›Sterbegelds‹ der *Gesetzlichen Krankenversicherung* im Jahr 2004 zu einer Zunahme der Sozialbestattungen geführt haben. Im Rahmen einer Sozialbestattung bleiben den Hinterbliebenen nur geringe Spielräume in der Gestaltung der Bestattung. So kann beispielsweise zwischen Sarg- und Urnenbeisetzung gewählt werden und auf Wunsch eine Trauerfeier stattfinden (ebd.: 44).

Die Finanzierung der Bestattung hängt in starkem Maße von der eigenverantwortlichen Vorsorge und den ökonomischen Ressourcen der Verstorbenen sowie der Angehörigen ab. Mit der Zunahme der Sozialbestattungen ist daher auch ein Anstieg der günstigsten Form der Beisetzung – der anonymen Bestattung – verbunden (Thieme 2016: 53 und 57). Die Wahl der Beisetzungsform kann daher auch die gesellschaftliche Position eines Menschen abbilden.

Infolge der Zunahme an Sozialbestattungen bzw. ordnungsbehördlichen Bestattungen sind die Sozialetats der Kommunen zunehmend belastet. Manche Autor:innen (Anton 2008; Gernig 2008) befürchten, dass das Ziel einer würdigen Bestattung immer stärker in den Hintergrund treten und stattdessen die Maxime verfolgt wird, Verstorbene möglichst kostengünstig und mit geringem Aufwand ›unter die Erde zu bringen‹. Die Ausführungen von Sörries (zit.n. Anton 2008: 42f) beschreiben ein Negativbeispiel anonymer Sammelbeisetzungen:

> »Wenn es ein dunkles Kapitel in der gegenwärtigen Bestattungskultur gibt, dann ist es vielleicht die Bestattung als sogenannte Ersatzvornahme durch die Behörden. Dann kommt es schon vor, dass Dutzende von Urnen im Morgengrauen auf dem Friedhof als Sammelbeisetzung unter die Erde kommen und außer dem Totengräber niemand dabei ist. Mitunter wirkt dann ein Pfarrer quasi ehrenamtlich mit. Es kommt aber auch vor, dass die Ersatzvornahme eine Beisetzung gar nicht auf einem örtlichen Friedhof vorsieht, sondern auf dem kostengünstigsten, der durchaus weit vom ehemaligen Wohnort des Verstorbenen entfernt sein kann. Diese Anfrage an das ethische Bewusstsein der kommunalen Behörden soll hier jedoch nicht weiter vertieft werden.«

In der Praxis ordnungsbehördlicher Bestattungen findet sich ein gemischtes Bild. Es gibt Städte und Gemeinden, die sich für den von Sörries beschriebenen Weg entschieden ha-

5 Die Zahl der Beihilfeempfänger:innen kann nicht mit der Anzahl der Sozialbestattungen gleichgesetzt werden, da bei einem Todesfall auch mehrere Personen Leistungen zur Beihilfe beantragen können.

ben, aber es gibt auch Kommunen, die mit kirchlichen oder bürgerschaftlichen Initiativen kooperieren, um eine angemessene(re) Bestattung aller Verstorbenen sicher zu stellen.

Historische und aktuelle Initiativen zur Sicherstellung menschenwürdiger Bestattungen

Bereits in den 1990er Jahren haben sich erste Initiativen gegründet, die sich für eine würdige Verabschiedung und Beisetzung ›sozialer Randgruppen‹ engagierten. Im Jahr 1995 richtete in Hamburg der Verein *Memento* eine Gemeinschaftsgrabstätte für Personen ein, die an einer HIV-Infektion verstorben sind (*Memento* 2020). Im Jahr 1997 gründete sich in Köln die Interessengemeinschaft *Bestattung obdachloser Menschen*, welche eine Gemeinschaftsgrabstätte für namentlich bekannte Obdachlose anlegten und seitdem eine würdevolle Beisetzung organisieren. Die Grabstätte wird von der Initiative gepflegt und eine Namensplatte erinnert an jeden einzelnen Verstorbenen (*Erzbistum Köln* 2020).

Nach der Jahrtausendwende gründeten sich weitere Initiativen, die nicht nur die Bestattung isolierter Gruppen, sondern aller ordnungsamtlich Bestatteten (oft auch »Unbedachte« genannt) in den Blick nahmen. Die erste Gedenkfeier für »Unbedachte« fand im Jahr 2006 in Köln statt. In der Folge wurde diese Initiative auch in anderen Städten aufgegriffen, im Ruhrgebiet beispielsweise in Essen, Bochum und Gelsenkirchen. Für Bochum lässt sich anhand des im Jahr 2017 herausgegebenen Gedenkbuchs (Brenneke/Reploh 2017) nachvollziehen, dass es von 2008 bis 2016 einen Anstieg von ca. 13 Prozent bei den ordnungsbehördlichen Bestattungen gegeben hat. Das aus diesen Daten abgeleitete Geschlechterverhältnis belegt, dass die Anzahl der verstorbenen Männer die der verstorbenen Frauen eindeutig übersteigt (ebd.). Seit 2007 finden alle zwei Monate »Gottesdienste für Unbedachte« statt. Die Öffentlichkeit wird im Vorfeld informiert und über eine von der Stadt Bochum unterzeichnete Traueranzeige in der lokalen Tageszeitung eingeladen. In der ökumenischen Trauerfeier mit liturgischen Elementen werden die Namen und das Alter der Verstorbenen verlesen sowie für jeden eine Kerze angezündet. Ob dieser ritualisierte, christlich ökumenische Zusammenhang dem entspricht, was sich die Verstorbenen mit ihren heterogenen religiösen, kulturellen und weltanschaulichen Hintergründen gewünscht hätten, lässt sich posthum nicht klären. In Bochum ist man sich dieses Dilemmas bewusst und bemüht sich in Wort und Tat der Heterogenität durch den Vollzug einer sakralen wie säkularen Form der Spiritualität zu entsprechen, um die Verstorbenen nicht religiös zu »vereinnahmen« (Brenneke 2017: 38ff.). Die Bestattung der »Unbedachten« erfolgt jedoch anonym und ohne sakrale Verabschiedung; es gibt auf dem Friedhof auch keinen eigenen Bereich für die ordnungsbehördlich Bestatteten.

In Gelsenkirchen existiert dagegen ein eigenes Gräberfeld, welches sich am Rand des Hauptfriedhofs befindet. Die Beisetzung der Urnen erfolgt immer in einer ökumenischen Zeremonie. Seit 2011 werden durch den Verein *Ruhe-Steine* individuelle Gedenksteine mit den Lebensdaten der Verstorbenen finanziert. In der Tageszeitung wird alle drei Monate zu öffentlichen Trauerfeiern eingeladen. In der Anzeige sind die Namen aller ordnungsamtlich Bestatteten veröffentlicht. Für einen kurzen Zeitraum bis März 2018 war bei allen *unentdeckten* Todesfällen zusätzlich die Liegezeit angegeben. Der Verzicht auf diese Angabe erfolgte nach der Klage einer evangelischen Kirchengemeinde, welche die Verstorbenen durch diesen Zusatz diskriminiert sah. Gegenteilige Argumen-

te dahingehend, dass gerade durch eine solche Information das öffentliche Bewusstsein für *unentdeckte* Todesfälle geschaffen werde, konnten sich nicht durchsetzen.

Der historische Rückblick verweist auch auf spezifische Traditionen im Umgang mit ›unbedacht‹ Verstorbenen. Vor dem Hintergrund der Auslegung des Gebots der Nächstenliebe gibt es in der christlichen und jüdischen Tradition die Pflicht, einen Toten nicht unbegleitet zu Grabe zu tragen (Ebach 2017: 26f.). Nach der jüdischen Auslegung ergeben sich daraus auch praktische Konsequenzen für das Bestatten der unbedacht Verstorbenen – der sogenannten »Pflichttoten« (ebd.: 28f.). Die Durchführung übernimmt die »heilige Gemeinschaft«, eine Gruppe ehrenamtlich tätiger Gemeindemitglieder. Auch wenn sich jüdische Priester grundsätzlich zur Erhaltung ihrer »rituellen Reinheit« von der Sphäre des Todes und der Toten fernhalten sollen, so sind sie unbedingt dazu verpflichtet, sich um die Bestattung dieser »Pflichttoten« zu kümmern, auch wenn dies zu ihrer eigenen ›Dienstuntauglichkeit‹ führt (ebd.). Die Verstorbenen müssen ohne Gedanken an eine Gegenleistung bestattet werden.

›Beerdigungsgesellschaften‹ finden sich auch in der christlichen Tradition. In Paderborn hat sich im 14. Jahrhundert als Reaktion auf die Pest die *Elendenbruderschaft* gegründet (Schupp 2003). Im Jahr 1349 verstarben innerhalb von fünf Monaten etwa zwei Drittel der damals 3000 Einwohner:innen (ebd.). Um die Beisetzung der ›Fremden‹, die sich nur kurz in der Stadt aufhielten, und der Wohnsitzlosen wollte sich niemand kümmern. Die nicht begrabenen Leichen erhöhten jedoch die Ansteckungsgefahr. Aus diesem Grund schlossen sich Geistliche und Bürger:innen in der *Bruderschaft* zusammen und versprachen, künftighin auch unter Gefahr des eigenen Lebens die Leichen der »verstorbenen Fremdlinge«, in der Sprache der damaligen Zeit »elende« genannt, aus christlicher Nächstenliebe unentgeltlich zu Grabe zu tragen und für die Verstorbenen dreimal im Jahr bei öffentlicher Zusammenkunft zu beten. Diese Tätigkeit der *Elendenbruderschaft* wurde auch in den folgenden Jahrhunderten fortgesetzt. In der heutigen Zeit wird vor allem der obdachlosen und ›bedürftigen‹ Personen gedacht; einmal jährlich gibt es einen in lateinischer Sprache gehaltenen öffentlichen Gottesdienst, in dem auch an die »Unbedachten« erinnert wird.

In Neapel gibt es den *Friedhof der Brünnlein* (*Cimitero delle Fontanelle*). In den weit verzweigten, in das Tuffgestein geschlagenen Friedhofshöhlen sind unzählige Schädel zu Pyramiden oder in Kisten oder Regalen aufgestapelt, die Knochen sind nach Art und Größe sortiert und ebenfalls auf großen Haufen geordnet. »Die makaber anmutende Ordnung«, mit der Brenneke (2017: 36) »spontan eher Lagerlogistik als liebende Zuwendung verband«, ist Ausdruck einer jahrhundertealten Tradition, nach der die Opfer von Epidemien, Vulkanausbrüchen, Erdbeben und anderen Ereignissen hier ›gesammelt‹ werden. Mit Ausnahme von zwei Verstorbenen sind alle übrigen namenlos. Sie werden »Bettlerseelen« (»anime pezentelle«) genannt, weil ihnen kein würdiges Begräbnis zugekommen ist (ebd.). Bis heute hat es immer Neapolitaner:innen gegeben, die sich für die unbekannten Toten verantwortlich fühlten und einen oder mehrere Schädel symbolisch adoptierten. So gehören die Toten wieder sozialen (familiären und öffentlichen) Zusammenhängen an. Die Totenschädel erhielten neue Familien und neue Namen. Auch wenn dieser Totenkult mittlerweile verboten ist, wird er dennoch fortgesetzt (ebd.: 37). Als ›Gegenleistung‹ wird vielfach erhofft, dass sich die Toten als Fürsprechende in weltlichen Ange-

legenheiten erweisen – und beispielsweise den Gewinn in einer Lotterie oder bei einem Fußballspiel ermöglichen (ebd.: 38).

Wie man mit den Verstorbenen umgeht, sagt viel über die Lebenden und die gesellschaftliche Kultur aus. Dies gilt umso stärker für den Umgang mit ›Unbedachten‹. Nicht einzelne Mitglieder, sondern die Gesellschaft insgesamt ist hier herausgefordert, die Rahmenbedingungen einer menschenwürdigen Bestattung zu bestimmen und zu gewährleisten. Zum jetzigen Zeitpunkt entscheidet der Sterbeort über die Ausgestaltung der ordnungsbehördlichen Bestattung.

4.3 Kulturelle Deutungen »einsamer Tode« in Japan – »kodokushi« als Symptom einer »kranken« Gesellschaft

»Unentdeckte«, »einsame« oder »isolierte« Tode sind ein globales Phänomen. Der gesellschaftliche Umgang ist von der jeweiligen Kultur geprägt. Japan ist das einzige Land, in dem die öffentliche Thematisierung des »einsamen Todes« bereits in den 1970er Jahren begonnen hat. In den zurückliegenden Jahrzehnten hat sich in der »kodokushi«-Debatte ein (Be-)Deutungswandel vollzogen – wie die Analyse von Dahl (2016) veranschaulicht, der anhand theoretischer Arbeiten und empirischer Daten untersucht hat, wie der »einsame Tod« in Japan als gesellschaftliches Problem konstruiert wird. Eine Besonderheit des japanischen Diskurses drückt sich darin aus, dass die Einsamkeitsdebatte um das Wort »kodokushi« geführt wird, und dass die Zunahme dieser soziokulturell unerwünschten Todesfälle als Indiz für die fortschreitende Vereinsamung in der Gesellschaft angesehen wird (Dahl 2020).

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der abnehmenden Geburtsraten schreitet die Alterung der Gesellschaft in vielen Ländern voran, in Japan jedoch vergleichsweise stärker. Der Anteil der über 64-Jährigen beträgt in Deutschland ca. 21 Prozent und in Japan ca. 26 Prozent (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2017: 16). Die mittlere Lebenserwartung liegt in Japan für die Berechnungsperiode 2010/2015 bei fast 84 Jahren (ebd.: 5).

Hierzu hat sich in den letzten Jahrzehnten parallel ein sozialer Wandel – hinsichtlich Familie, Ehe und Lebensgewohnheiten – vollzogen (Tiefenbach 2015: 19). Der Anteil alleinlebender Älterer ist im Zeitraum 1980 bis 2016 von knapp 11 auf gut 27 Prozent angestiegen, das Zusammenleben von drei Generationen hat dagegen im selben Zeitraum anteilmäßig von rund 50 Prozent auf elf Prozent abgenommen (Dahl 2020). In Japan gibt es neben der Neigung zum Alleinleben auch einen anhaltenden Trend zur dauerhaften Partnerlosigkeit (Schad-Seifert/Kottmann 2019: 17 und 76). Die Anzahl der verheirateten Personen sinkt, wohingegen eine Zunahme vor allem männlicher lediger Personen erfasst ist (Tiefenbach 2016: 19).

Die sozialen und demographischen Veränderungen finden ihren Ausdruck auch in einer wachsenden Zahl an unbegleiteten und *unentdeckten* Toden (Dahl 2020; Tiefenbach 2015; vgl. Fukukawa 2011; Takami/Torii/Ishii 2014; Lee/Lee 2015; Nomura et al. 2016; Kato et al. 2017; Kakiuchi et al. 2019) sowie an Suiziden in der älteren allleinlebenden Bevölke-

rung über 65 Jahre (Schad-Seifert/Shimada 2010: 38)[6]. Vor dem Hintergrund der gealterten Gesellschaft, der steigenden Zahl pflege- und hilfsbedürftiger älterer Personen, der Erosion sozialer Beziehungen und ungenügender sozialer Sicherungssysteme nimmt die Sorge, *einsam* zu sterben, eine zentrale Rolle ein und kann als »Schlüsselangst« in der japanischen Gesellschaft interpretiert werden (Dahl 2016: 10; Tiefenbach 2015: 19f.).

Der gesellschaftliche Umgang mit unbegleiteten und *unentdeckten* Toden ist auch religiös beeinflusst. Der japanische Synkretismus bezieht sich vor allem auf die zwei Konfessionen des Shintoismus und des Buddhismus, deren Riten und Devotionalien nach jeweiligem Bedarf pragmatisch verbunden werden (Honekamp-Yamamoto 2008: 84). Die hieraus abgeleiteten religiösen und weltanschaulichen Traditionen sehen ein hohes Alter als Ehre an. Auch moderne gesellschaftliche Wertorientierungen implizieren eine durch Respekt vor dem Alter und durch familiale Solidarität geprägte Einstellung Jüngerer gegenüber Älteren, in der Letztere »sowohl als Autorität wie auch als Objekt sozialer Verantwortung und Fürsorge betrachtet und behandelt« werden (Paulsen 2009: 163). Hierdurch erklärt sich, dass alle unbegleiteten Todesfälle – unabhängig von der Liegezeit – kritisch aufgefasst werden. Ein »natürlicher und guter Tod« setzt in dieser (auch religiös gefärbten) Lesart die Betreuung und Begleitung des Sterbenden bis zum Todeseintritt voraus (Dahl 2016: 129)[7].

Das Wort »kodokushi« hat sich seit den 1970er und 1980er Jahren – vor allem durch die häufige Verwendung in der medialen Berichterstattung und in populärwissenschaftlichen Veröffentlichungen – als feststehender Begriff etabliert (Dahl 2016: 9). Die Wortschöpfung »kodokushi« wird von Tiefenbach (2015: 18) kritisch hinterfragt, da »einsame Tode« kein neues Phänomen darstellen, sondern bereits seit der Meiji-Zeit (1868–1912) berichtet werden.Eine allgemein anerkannte Definition des »kodokushi« fehlt sowohl im gesellschaftspolitischen als auch im wissenschaftlichen Diskurs (Tiefenbach 2015: 18; Dahl 2016: 117), so dass der Begriff aus differenten Perspektiven auch unterschiedlich bestimmt wird (Dahl 2016: 127ff.). Um das Phänomen des unbegleiteten Sterbens und des *unentdeckten* Todes zu bezeichnen, werden außer dem Wort »kodokushi« auch die Begriffe: »koritsushi« und »muenshi« verwendet[8].

Dahl (2016: 9) übersetzt »kodokushi« mit »einsamer Tod« und unter Beachtung der Bedeutung der einzelnen Schriftzeichen mit »alleine und einsam sterben« (ebd.: 140). Durch die Verwendung des Begriffs wird die subjektive Gefühlslage der Einsamkeit unterstellt und kritisch bewertet. Es handelt sich um einen »unumsorgten Tod«, da zum Todeszeitpunkt keine soziale Begleitung anwesend ist. Diese Art des Todes stellt das Gegenbild zum japanischen Ideal eines »betreuten Todes zu Hause« dar (ebd.: 130f.). Auch

---

6 Einschränkend muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Suizidrate älterer Menschen im Vergleich zu Deutschland deutlich geringer ist (Köchert 2018: 193).

7 Buddhistische und shintoistische Vorstellungen gehen von einem möglichst gelungenen Übergang vom Diesseits ins Jenseits aus, bei dem die Sterbenden von den Lebenden begleitet werden. Beide ›Welten‹ werden als verbunden angesehen und zwischen den Verstorbenen und Lebenden bestehen die Beziehungen auch nach dem Tod weiter (Dahl 2016: 130; Honekamp-Yamamoto 2008).

8 »Dokkyoshi« ist eine weitere neutrale Bezeichnung für den »Tod eines Alleinwohnenden« und berücksichtigt, dass nicht jeder unbegleitete Tod in Ein-Personen-Haushalten problematisch zu bewerten ist (Dahl 2016: 90f.).

der »unumsorgte« Tod einer sozial gut eingebundenen Person, die kurz nach dem physischen Tod von den Angehörigen aufgefunden wird, kann somit als »einsamer Tod« bestimmt werden (ebd.: 128).

Entgegen dieser Sichtweise sprechen sich manche Vermietungsgesellschaften dafür aus, erst ab einer Liegezeit von mehr als einer Woche von »kodokushi« zu sprechen. Für die Stadt Matsudo würde dies bedeuten, dass sich die Anzahl der Todesfälle um zwei Drittel verringert (Dahl 2016, 134). Die meisten staatlichen Institutionen verwenden statt »kodokushi« den deskriptiven Terminus »koritsushi«, welcher unter Beachtung der Bedeutung der einzelnen Schriftzeichen mit »alleine stehen und sterben« übersetzt werden kann (Dahl 2016, 140). Der Begriff »koritsushi« schließt weitere soziale Phänomene ein – wie beispielsweise das Sterben zweier Personen (erst verstirbt der Pflegende und dann verstirbt der Pflegebedürftige infolge der ausbleibenden Pflege) oder auch das Sterben von Kindern infolge sozialer Verwahrlosung (ebd.: 138f.).

In den japanischsprachigen Sozialwissenschaften wird – analog zur Unterscheidung von sozialer Isolation und Einsamkeit durch Townsend (1957) – mit »koritsu« soziale Isolation und mit »kodoku« Einsamkeit bezeichnet (Dahl 2016: 140). Die erste Bezeichnung meint den objektiven Zustand der sozialen Vereinzelung, die zweite dagegen das subjektive Erleben von Einsamkeit im Sterbeprozess. »Kodoku« kann, muss aber nicht zwingend aus dem Zustand »koritsu« folgen. Für die Gefühlslage »kodoku« ist die Bewertung des Betroffenen entscheidend, welcher das soziale Zusammensein mit anderen vermisst (Dahl 2016: 141). Die durch »koritsu« bestimmte Lebenssituation kann dagegen selbstgewählt sein (ebd.).

Es gibt noch eine weitere Wortschöpfung, die semantisch wiederum einen anderen Akzent setzt: »muenshi«. Nach Dahl (2016: 110) umschreibt diese Bezeichnung einen »beziehungslosen Tod, bei dem jemand alleine und einsam stirbt und die sterblichen Überreste von niemandem beansprucht und abgeholt werden«. »Muenshi« betont die soziale Isolation über den Todeseintritt hinaus (ebd.: 111). »Muenshi« werden im Zusammenhang mit der Entwicklung einer Gesellschaft ohne Bindungen, einer sogenannten »muenshakai«, verortet, in welcher die Einzelnen ihre Bindungen zu Verwandten, Nachbar:innen oder Kolleg:innen verlieren, und deswegen mit höherer Wahrscheinlichkeit einen einsamen und abgeschiedenen Tod erleiden (Tiefenbach 2015: 18).

Die Diskursanalyse von Dahl (2016) zur »kodokushi«-Thematik von den 1970er Jahren bis in die 2010er Jahre unterscheidet vier Phasen und zeigt den (Be-)Deutungswandel im Zusammenhang mit den gesellschaftlichen Entwicklungen in Japan: von einem »Randphänomen« der 1970er Jahre zum »Symptom einer kranken Gesellschaft« (ebd.: 85ff.).

1. In den 1970er und 1980er Jahren kommt es vor allem durch die Berichterstattung in den Medien zur anfänglichen Bedeutungsprägung (ebd.: 85). Der Interpretationsspielraum ist groß und bezeichnet unterschiedliche Phänomene. Es entwickelt sich ein erstes sozialpolitisches Interesse, und die Wissenschaft rezipiert die englischsprachige Literatur zum Thema der sozialen Isolation. In den 1980er Jahren werden erste eigene Studien durchgeführt sowie gerontologische Institute gegründet. In dieser ersten Phase wird meist davon ausgegangen, dass vor allem gesellschaftliche Randgruppen ohne funktionierende soziale Netzwerke von »kodokushi« betroffen sind (ebd.: 87).

2. Ein starkes öffentliches Interesse an der Thematik kommt in den 1990er Jahren auf (ebd.: 85), vor allem im Kontext des Kōbe-Erdbebens im Jahr 1995. Waren die »einsa-

men Tode« bis dahin eher ein gesellschaftliches Randphänomen, rücken sie in Folge der Auswirkungen der Naturkatastrophe zunehmend in den medialen Fokus. Es wird immer wieder über »kodokushi«-Fälle von Personen, die wegen des Erdbebens in provisorischen Notunterkünften untergebracht sind, berichtet. »Kodokushi« wird zum Ausdruck für die Abweichung vom gesellschaftlich gewünschten Idealbild eines ›guten‹ Todes und bezeichnen auch Todesfälle von sozial gut integrierten Personen, die nur im Moment des Todeseintritts allein sind und kurze Zeit später entdeckt werden (ebd.: 91). Durch die Fokussierung auf die umgesiedelten Erdbebenopfer wird auch die Wahrnehmung des »kodokushi« als Ausnahme- oder Krisenphänomen verstärkt und eine allgemeine Problematisierung weitestgehend unterlassen (ebd.: 93).

Otani (2005: 216ff.) kritisiert die Bezeichnung »kodokushi« in den Schlagzeilen der medialen Berichterstattung als »buzzword« bzw. »eye-catching and attention-grabbing word« und spricht selbst meist von »isolated death«, »death alone« oder »dying alone«. Entgegen der medialen Erzählung betonen Otani (2005) und auch (Kadoya 2005) in ihren Analysen der »kodokushi«-Fälle in Kōbe gerade den Zusammenhang mit strukturell bedingten Problematiken – wie beispielsweise Armut. Kadoya (2005) beschreibt die Mehrheit der Verstorbenen als Männer mittleren Alters. Außerdem stehe der Tod in mehr als der Hälfte der Fälle im Zusammenhang mit einem hohen regelmäßigen Alkoholkonsum. Otani (2005: 259) bestätigt die geschlechtsspezifischen Mehrheitsverhältnisse und spricht differenziert von Männern im Alter zwischen 50 bis 70 Jahren und Frauen im Alter zwischen 70 und 90 Jahren mit geringem Einkommen und ohne familiäre Unterstützung. Otani (ebd.: 38) unterstreicht, dass der Verlust des sozialen Halts infolge der Naturkatastrophe insbesondere die älteren und einkommensschwachen Personen langfristig nachteilig betroffen habe; auch die Häufung von psychischen Erkrankungen, insbesondere der Alkoholabhängigkeit, sei Konsequenz der hohen Belastung (»mental Stress«) durch den Umgebungswechsel. Die Mehrheit der Verstorbenen sei – oft nach mehrfacher Umsiedlung – schlussendlich in Hochhäusern »einsam« verstorben (ebd.: 249). Otani (ebd.) sieht den Wohnungstyp als wichtigen Faktor für die Bildung sozialer Netzwerke. Der Umzug aus ebenerdigen Hüttenwohnungen in Hochhäuser habe es insbesondere älteren Alleinlebenden erschwert, Kontakt zur Nachbar:innenschaft zu finden, da sich durch die Architektur die täglichen Gewohnheiten und Aktivitäten änderten.

3. Bis in die Mitte der 2000er Jahre werden »kodokushi« vor allem im Kontext von Naturkatastrophen oder von Einsamkeit in der Großstadt dargelegt (Dahl 2016: 104). Eine Entmarginalisierung der Problematik erfolgt dann in den 2000er Jahren (ebd.: 103ff.). Bereits zuvor benannte Problematiken werden nun unter neuen Stichworten wie »working poor«, »sozialer Polarisierung« oder »sozialer Exklusion« angesprochen und die verschiedenen Themen stärker zueinander in Beziehung gesetzt. Durch die neue Fokussierung werden »einsame Tode« Teil eines größeren Problemkomplexes und zunehmend als allgemeines gesellschaftliches Risiko gedeutet. Vor dem Hintergrund der Folgen der wirtschaftlichen Rezession, der Austeritätspolitik und dem Versagen der gesellschaftlichen Sicherheitssysteme verbreitet sich eine gesellschaftliche Krisenstimmung, und »kodokushi« wird zu einem ›Risiko‹, welches potenziell alle Gesellschaftsmitglieder betreffen kann (ebd.: 106).

4. Seit ca. dem Jahr 2010 wird das Phänomen als Ausdruck einer größeren sozialen Problematik verstanden (Dahl 2016: 85). Das Wesen der japanischen Gesellschaft wird

nun selbst zunehmend kritisiert und als »beziehungslose Gesellschaft« bzw. »Gesellschaft ohne soziale Beziehungen« benannt (ebd.: 107). Verschiedene, auch zuvor kritisch erörterte gesellschaftliche Entwicklungen – wie Industrialisierung, Urbanisierung, Individualisierung, die Schwächung verwandtschaftlicher, nachbarschaftlicher und Beziehungen am Arbeitsplatz – werden neu verbunden und unter dem Schlagwort der »muenshakairon« (»Theorie der beziehungslosen Gesellschaft«) erörtert. Die »einsamen Todesfälle« werden zum Symptom einer »kranken, kalten Gesellschaft« erklärt (ebd.: 108). Die (mutmaßliche) Gemeinschaft unverbundener sozial isolierter Einzelmitglieder bzw. der fehlende gesellschaftliche Zusammenhalt bedinge, dass die soziale Unterstützung auch in Notlagen ausbleibt und »einsame Tode« geschehen.

Für die Bewertung der gegenwärtigen japanischen Gesellschaft sind die Quantität und vor allem Qualität sozialer Beziehungen ins Zentrum gerückt. Auch die eigene Interpretation *unentdeckter* Tode sieht das soziale Eingebundensein als grundlegend für die Erklärung an. Sowohl über die mediale Berichterstattung in Deutschland wie auch über den japanischen Diskurs erschließen sich Zusammenhänge zwischen *unentdeckten* Toden und der Einsamkeitsdebatte: Sie erscheinen als Abbild einer über den Tod hinausreichenden – gesellschaftlich zumindest (mit-)bedingten – Einsamkeit, sozialen Isolation bzw. Exklusion der Verstorbenen. Die Ursachen für diese sozialen ›Auflösungsprozesse‹ werden in diversen gesellschaftlichen Entwicklungen verortet. Im aktuellen japanischen Diskurs erscheinen die »kodokushi«-Fälle vor allem als Ausdruck eines sozialstrukturellen Problemkomplexes. Die Kapitel zur Einsamkeitsforschung wie auch das sich anschließende Kapitel zum gesellschaftlichen Umgang mit Sterben und Tod im westlichen Kulturkreis weisen Parallelen, aber auch Unterschiede in der diskursiven Auseinandersetzung auf.

4.4 Ambivalenzen und Divergenzen – der Umgang mit (*einsamem*) Sterben und (*unentdecktem*) Tod im gesellschaftlichen Wandel

Der Umgang mit Sterben und Tod hat sich im Zuge der gravierenden gesellschaftlichen Veränderungen seit dem 19. Jahrhundert gewandelt. Verschiedene Entwicklungen der Moderne werden im thanatologischen Diskurs in spezifischer Weise fokussiert und teils verknüpft. Im Folgenden werden zunächst die wesentlichen Schlagworte der Fachliteratur aufgegriffen und deren Begriffsprägung skizziert (vgl. Feldmann 1997: 16ff.; Feldmann 2010a: 58ff.; Thieme 2013: 320ff.; Thieme 2016: 13ff.).

Partikularisierung des Todes: Der demographische Wandel ist seit dem Ende des 19. Jahrhunderts mit einer Verdoppelung der Lebensdauer einhergegangen (*BPB* 2018b: 43). Auch wenn Sterben und Tod faktisch jedes Lebensalter betreffen, zeigt sich in der gesellschaftlichen Diskussion eine klare Beschränkung auf das höhere und vor allem hohe Alter. Sterben und Tod erscheinen als partikulares Problem des Alters und/oder in einem Bezug zu lebensverkürzenden Erkrankungen (Feldmann 1997: 35; Hefel 2019: 100).

Erfahrungsmangel: Die Lebensdauer hat sich verlängert, so dass der Einzelne seltener und meist erst im Erwachsenenalter das Sterben von Bezugspersonen erlebt. Der Anblick von Sterbenden und Toten stellt keine alltägliche Erfahrung mehr dar (Elias 2002: 15f.) und wird insbesondere gegenüber Kindern »verschleiert« (ebd.: 29). Im Gegensatz zu den abnehmenden Primärerfahrungen mit Sterbenden sind die Sekundärerfahrungen durch die starke Mediatisierung von Sterben und Tod jedoch vielfältiger geworden (Feldmann 2010a: 48).

Vermeidungsverhalten/Interaktions- und Kommunikationsprobleme: Der Erfahrungsmangel kann zu Hilflosigkeit und Abwehr im Umgang mit Sterbenden, Toten und Trauernden führen (Feldmann 1997: 34f.). Die Interaktions- und Kommunikationsprobleme können auch auf das eigene Sterben bezogen sein (ebd.: 35).

Sichtbarkeit/Mediatisierung/Medialisierung/Digitalisierung: In den Massenmedien sind Sterben und Tod in unterschiedlichen Formaten ständig präsent und »sichtbar« (Macho/Marek 2007). Kollektives Abschiednehmen wird beim Tod prominenter Personen öffentlich inszeniert – beispielsweise als Staatsakt. Trauern und Gedenken können nicht nur ›analog‹ praktiziert werden, sondern es gibt auch Online-Todesanzeigen, virtuelle Friedhöfe, private Internet-Gedenkseiten sowie Plattformen, die ein individualisiertes digitales Gedenken ermöglichen. Meitzler (2012: 32) bemerkt – unter Verweis auf Imhof und Schulz (1998) – im Umgang mit dem Tod eine Oszillation »zwischen einer Privatisierung des Öffentlichen und einer Veröffentlichung des Privaten«.

Säkularisierung/Entkirchlichung/Enttraditionalisierung/Individualisierung/Pluralisierung: Die gesamtgesellschaftlichen Prozesse der Säkularisierung, Enttraditionalisierung und Individualisierung haben auch dazu geführt, dass traditionale bzw. christliche Routinen, Rituale und Symbole im Umgang mit Sterben und Tod sowie Trauer ihre Bedeutung verloren oder verändert haben (Thieme 2016: 14; Pickel 2018). Außer durch Säkularisierung lässt sich der Prozess der Entwicklung der Religiosität auch durch religiöse Pluralisierung und Individualisierung charakterisieren (Pickel 2018: o. S.). Traditionelle Formen der Religiosität – in der Gestaltung der Sterbephase, im Umgang mit Toten und in der Bestattung – sind durch neue »deinstitutionalisierte Formen von Religiosität« wie auch »Bastelreligionen« ergänzt oder ersetzt (Thieme 2016: 33f.; Pickel 2018: o. S.). Durch die »Informalisierung« des Sterbens treten die individuellen Bedürfnisse am Lebensende deutlicher hervor (Elias 2002: 84).

Privatisierung: Anders als in traditionalen Gesellschaften ist das Sterben kein sozial-öffentliches Ereignis mehr, sondern beschränkt sich meist auf die Primärgruppe der Verstorbenen (Feldmann 1997: 34 und 2010a: 61). Hierdurch bedingt werden aber auch das prämortale soziale Sterben und der postmortale Umgang – insbesondere die Form der Bestattung und der Trauer – in stärkerem Maße »privatisiert« bzw. »intimisiert« und obliegen der Gestaltung der Einzelnen und ihrer Angehörigen (ebd.; Feldmann 2018: 51; Schiefer 2007; Thieme 2016: 14).

Aussonderung/Exklusion/Segregation/Isolierung/Institutionalisierung: Die »Privatisierung« des Sterbens wird durch die »Ausbürgerung des Todes« (Aries 1980: 741ff.), die »Aussonderung der Alternden und Sterbenden aus der Gemeinschaft der Lebenden« (Elias 2002: 10), die »Isolierung« und »Aussonderung« des Sterbens (z.B. Feldmann 1997: 16), die »Institutionalisierung des Sterbens« (z.B. Knoblauch/Zingerle 2005) oder auch durch die »Segregation« und »Exklusion« der Sterbenden und Toten (z.B. Feldmann 2010a: 61) aufgebrochen. Im Verlauf des letzten Jahrhunderts hat sich das Sterben aus dem privaten in den institutionellen Kontext von medizinischen und pflegerischen Einrichtungen verlagert sowie die Toten meist unverzüglich aus dem alltäglichen Lebensbereich an gesonderte Orte verlegt werden.

Verwaltung/Bürokratisierung: Insbesondere der organisatorische Umgang folgt legislativen Regelungen und Normierungen. Die »sozialtechnologische Bürokratisierung« beschränkt die Gestaltungsmöglichkeiten der letzten Lebensphase und eines »menschenwürdigen« Sterbens (Gronemeyer/Heller 2014: 28). So ist die Aufnahme in Pflegeeinrichtungen mit einer »verordneten <bürokratischen Initiation>« und der Alltag mit immer neuer »Bürokratisierungszumutungen« verbunden (ebd.: 27). Im organisatorischen Ablauf dominiert die qualitätskontrollierte Verwaltung des Lebensendes (ebd. und 51). Durch die staatliche Gesetzgebung und Bürokratie ist auch der Umgang mit dem Tod und den Toten reglementiert (Benkel 2012; vgl. Kapitel 4.2).

Professionalisierung/Spezialisierung: Die »Aussonderung« der Sterbenden und Toten geht mit der Behandlung, Betreuung und Versorgung der Sterbenden wie auch der Toten durch professionelle und spezialisierte Kräfte einher (Elias 2002: 35f.; Feldmann 1997: 34f. und 2010a: 61; Gronemeyer/Heller 2014: 12ff.). Hiermit verbunden ist auch die Tendenz zum »hygienischen« sowie möglichst geruchs- und geräuschlosen Umgang mit Sterbenden und insbesondere Leichen (Elias 2002: 29 und 85; Fischer 1997: 45ff.).

Medikalisierung/Technisierung: Sterben und Tod werden vor allem als medizinisches oder pflegerisches Problem behandelt (Feldmann 2010a: 18). Die medizinisch überformte Sicht lässt das Lebensende weniger als natürliches und selbstverständliches Faktum, sondern vor allem als kontroll- und überwachungsbedürftige Krankheit erscheinen (Gronemeyer/Heller 2014: 12). Durch die neuen medizinischen und technischen Möglichkeiten ist nicht nur das Leben, sondern auch das Sterben verlängert (ebd.: 7).

Entpersönlichung/Depersonalisierung/Entfremdung/Enteignung: Durch die Medikalisierung und Technisierung sowie die Herauslösung aus dem privaten Umfeld kann sich das Maß an persönlicher Zuwendung und die Möglichkeiten der Selbstbestimmung reduzieren (Feldmann 2010a: 62), so dass »Entpersönlichung und »Entfremdung« bzw. »Depersonalisierung« (ebd. und 1997: 17) oder auch »Enteignung« der Sterbenden (Fischer 1997; Schnabel 2013: 275ff.) als Folgen beschrieben werden. Durch die Zuständigkeit der Expert:innen wird das Sterben und der Tod der Unmittelbarkeit des Erlebens und Handelns der Sterbenden und ihrer Angehörigen fremdbestimmt »entzogen« und die Überlebenden dem Tod »entfremdet« (Schnabel 2013: 13).

Sozialer Wandel/soziale Erosion/Einsamkeit/Vereinsamung/soziale Isolation: Individualisierung als (primär sozialstrukturelle) Entwicklungstendenz moderner Gesellschaften führt zur Herauslösung aus vorgegebenen Sozialformen und Bindungen im Sinne traditionaler Herrschafts- und Versorgungszusammenhänge (Beck 1986: 206). Der soziale Wandel mit seiner Tendenz zur Auflösung von Familie und Nachbar:innenschaften kann im Zusammenhang mit demographischen Veränderungen dazu führen, dass Ältere allein, als ›Letzte ihrer Sippe‹, bleiben und/oder infolge der Erosion des Sozialen am Lebensende soziale Isolation und/oder Einsamkeit erleben (Report Mainz 2014; Schnabel 2013: 137). Von Einsamkeit können sowohl Personen im privaten als auch im institutionellen Kontext betroffen sein. Elias (2002: 75 und 85) hebt die emotionale Einsamkeit der Sterbenden als prägnantes sozialstrukturelles Kennzeichen der »entwickelteren Gesellschaften« mit ihrem hohen Grad an Individualisierung hervor. Insbesondere die »gefühlsarmen« bzw. »gefühlsneutralen« Routinen medizinischer Institutionen beförderten die »frühzeitige« und »völlige« Vereinsamung der Sterbenden (ebd.: 10, 34 und 87f.), so wie auch die Unterbringung in Senior:inneneinrichtungen, welche mit der Herauslösung aus dem gewohnten Lebensbereich und der Zusammenlegung mit meist fremden Gleichaltrigen einhergehe, das Risiko der Einsamkeit für ältere und alte Personen erhöhe (ebd.: 73 und 75). Das Problem der Vereinsamung der Sterbenden hängt für Elias (ebd.: 59ff.) sowohl mit der (Zurück-)Haltung der Überlebenden als auch mit der Persönlichkeitsstruktur bzw. der Scheu der Sterbenden zusammen. Besonders intensiv sei die Einsamkeit derjenigen Sterbenden, welche noch zu Lebzeiten spüren, dass sie für die Überlebenden kaum bzw. keine Bedeutung mehr besitzen (Elias 2002: 66) und aus der Gemeinschaft ausgeschlossen sind (ebd.: 67).

Gesellschaftliche Polarisierung/soziale Ungleichheit: Soziale Ungleichheit findet ihren Ausdruck nicht nur in der Lebenslänge und -qualität, sondern auch in der ›Sterbequalität‹ und nach dem Tod (Feldmann 1997: 32f., 56 und 73f.; Schnabel 2013: 206ff.; Hedinger 2016). Abhängig vom sozioökonomischen Status unterscheiden sich die Möglichkeiten des Zugangs und der Nutzung der Gesundheitsversorgung respektive der Pflegeinstitutionen wie auch der Sterbeorte (Hedinger 2016: 35, 59f. und 149ff.; Schnabel 2013: 206ff.). Der Anteil der Personen, welche dauerhaft in Armutslagen leben, hat wie die Zahl der sozial- und ordnungsbehördlichen Bestattungen zugenommen (Fischer 2012: 54; Report Mainz 2014; Thieme 2016: 57f.).

Die benannten Schlagworte sind in einem jahrzehntelangen sozialwissenschaftlichen Diskurs über den Umgang mit Sterben und Tod in der modernen Gesellschaft kontrovers verwandt und mit verschiedenen Thesen – der »Verdrängung«, der »Tabuisierung«, des »Verfalls«, der »Entfremdung«, der »Enteignung« und weiterer – belegt worden (Feldmann 2010a: 58ff.; Thieme 2016: 13ff.). Die dominierende These der Verdrängung ist vor allem damit begründet, dass Sterben und Tod im alltäglichen und öffentlichen Leben weitgehend unsichtbar geworden sind, und damit auch aus dem Bewusstsein der meisten Menschen verschwunden sind (ebd.). Die Begriffe »Verdrängung« und »Tabu« werden sowohl zur Kennzeichnung des strukturellen Wandels – der räumlichen Verdrängung des Sterbens und des Todes an spezielle Orte – als auch in Übereinstimmung mit der psychoanalytischen Theorie Siegmund Freuds als (überlebensnotwendiges) anthropologisches Faktum herausgestellt (Feldmann 2010a: 59).

Die Psychoanalyse beschreibt, wie in der Konfrontation mit Sterben und Tod aversive Emotionen wie Angst, Ekel oder Scham hervorgerufen und Abwehrmechanismen zur Vermeidung des Kontakts bzw. der Auseinandersetzung ausgelöst werden, die sich individuell und je nach sozialem Kontext unterscheiden (Freud 1973; König 2007). Der wohl bekannteste Abwehrmechanismus ist die Verdrängung, welche dazu führt, dass ein bedrohlicher Sachverhalt wie die eigene Sterblichkeit verdrängt und damit der bewussten Wahrnehmung entzogen wird. Im Hinblick auf den Umgang mit Sterben und Tod besteht eine sich verstärkende Wechselwirkung zwischen der Verdrängung auf individueller und gesellschaftlicher Ebene. Umfragen belegen sowohl, dass sich viele Menschen (noch) nicht mit ihrem Sterben bzw. ihrer Sterblichkeit auseinandergesetzt haben, als auch, dass die Mehrheit weniger Angst vor dem Tod als vor einem langwierigen, qualvollen, einsamen oder fremdbestimmten Sterbeprozess hat (Hoffmann 2011: 11; Schnabel 2013: 122; Ahrens/Wegner 2015: 12[9].

Um die historische Entwicklung und Multiperspektivität in der Einschätzung des gesellschaftlichen Umgangs mit Sterben und Tod zu verdeutlichen, werden im Weiteren einzelne Positionen häufig zitierter Autor:innen und bemerkenswerter Deutungen grob umrissen. Bereits in den 1950er Jahren setzte der englische Sozialanthropologe Geoffrey Gorer (1955; zit.n. Feldmann 2010a: 69) den pointierten Titel »The Pornography of Death«, um die »Todesprüderie« in modernen Industriegesellschaften zu kennzeichnen, welche seines Erachtens der Tabuisierung der Sexualität im 19. Jahrhundert nachgefolgt ist.

Der französische Historiker Philippe Ariès erkennt in seiner 1978 im Original erschienenen »Geschichte des Todes« eine »völlig neue Art und Weise des Sterbens« seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts, die mit der »Ausbürgerung« und »Medikalisierung« des Todes einhergehe und argumentiert ab ca. der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts für einen »ins Gegenteil verkehrten Tod« (ebd. 1980: 716 und 720ff.). Dieser von der Gesellschaft so gut wie möglich ferngehaltene Tod ließe den Rückhalt der Gruppe wie auch eine würdige Vorbereitung auf das Sterben entbehren[10].

Auch Norbert Elias stellt in seinem im Jahr 1982 erschienenen Essay »Über die Einsamkeit der Sterbenden« eine »starke Tendenz der »entwickelten Gesellschaften« fest, Gedanken an den Tod zu verdecken und zu verdrängen (ebd. 2002: 9). Die Verdrängung zeige sich in doppeltem Sinne – sowohl auf der individuellen als auch auf der sozialen Ebene (ebd.: 16). In der ersten Bedeutung seien damit die von Freud benannten psychologischen Abwehrmechanismen angesprochen, nach welchen die Angst vor dem eigenen Tod und der eigenen Vergänglichkeit beispielsweise in Unsterblichkeitsvorstellungen oder in der Distanzierung zu Sterbenden verborgen ausgedrückt werden (ebd.: 16f. und 40ff.). Auf der sozialen Ebene habe der Zivilisationsprozess zur Entstehung spezifischer Strukturen bzw. sozialer Muster in der Verarbeitung und Gestaltung des Verhältnisses zum Tod geführt, so dass Sterben und Tod »hinter die Kulissen des gesellschaft-

9 Schnabel (2013: 116) weist darauf hin, dass die Interviewten bislang in nur wenigen Studien direkt zur Bedeutung des eigenen Todes und Sterbens befragt wurden.

10 Ariès (1980) identifiziert in der westeuropäischen Entwicklung insgesamt fünf verschiedene Todesmodelle. In mentalitätsgeschichtlicher Abfolge sind dies: »der gezähmte Tod«, »der eigene Tod«, »der Tod der anderen«, »der lange und nahe Tod« und »der ins Gegenteil verkehrte Tod«.

lichen Lebens« verlegt und »von relativ hohen Peinlichkeitsgefühlen« und »von strengen verbalen Tabus« eingehegt worden seien (ebd.: 55).

Armin Nassehi und Georg Weber (1989) greifen die These der sozialen Verdrängung als strukturelles Merkmal auf und formulieren aus systemtheoretischer wie wissenssoziologischer Perspektive den »Entwurf einer Theorie der Todesverdrängung« (ebd.: 164ff.). Infolge der Säkularisierung, der funktionalen Ausdifferenzierung, der Rationalisierung und Individualisierung der Gesellschaft seien auch Deutungsmuster verloren gegangen, so dass die »Verdrängung des Todes« auf individueller und kollektiver Ebene ein konstitutives und funktionales Strukturelement der Stabilisierung des Systems darstelle. Die Rationalisierung der Lebenswelt sei mit einer »Irrationalisierung« des Todes einhergegangen, und daher sei auch die diesbezügliche Kommunikation immer schwieriger geworden (ebd.: 319). In neueren Arbeiten ist Nassehi von der Idee der Todesverdrängung abgerückt und spricht von einer »Geschwätzigkeit des Todes« (z.B. Nassehi 2004; Nassehi/Saake 2005). Aufgrund der Nichterfahrbarkeit des Todes ließe sich dieses Geschehen nur mittels Kommunikation »deuten und verstehen« (Nassehi/Saake 2005: 33). Aufgrund des Fehlens kollektiv geteilter Todesbilder differiere die Kommunikation abhängig vom spezifischen Kontext bzw. der »Kontextur des Todes« (Nassehi 2004: 131; Nassehi/Saake 2005: 31ff.). Die einzelnen öffentlichen Debatten folgten je ihrer eigenen Logik, so dass nicht von einer »Verdrängung des Todes«, sondern von einer »Individualisierung, Biographisierung oder Privatisierung« und auch von einer »Verwissenschaftlichung, Politisierung, Ökonomisierung, Medikalisierung, Juridifizierung usw.« gesprochen werden könne (Nassehi/Saake 2005: 39).

Ohne Zweifel gibt es kontroverse Diskussionen dahingehend, ob der Tod ein »geschwätziges« oder ein »verdrängtes« Thema darstellt (z.B. Benkel 2008: 132; Meitzler 2012: 29; Streeck 2016). Walter (1994: 1f., zit.n. Knoblauch/Zingerle 2005: 14) spricht von einem der am lautesten verhandelten Tabus und wähnt die heutige Gesellschaft eher »besessen vom Tod« als dass sie ihn verdränge. Gronemeyer und Heller (2014: 9) vermuten hinter der »Überredseligkeit« »allgemeines Zähneklappern«, welches »durch Geschwätz überdeckt« werden soll.

Norbert Fischer (1997: 6) wendet sich gegen das »Stereotyp der Verdrängung« und spricht stattdessen auf der Mikroebene von der »Enteignung des Todes«, da Funktionalität und Bürokratie einen individuellen und selbstbestimmten Umgang mit dem Tod unterdrückten. Fischer (ebd.: 9) kritisiert, dass der Begriff »Verdrängung« durch seine Verwendung in der Psychologie, die individualpsychischen Prozesse zu stark betone, obgleich es sich um gesellschaftliche Vorgänge, die auch eine pragmatischere Art des Umgangs mit Sterbenden und Toten einschlössen, handele. Die Thesen von der »Verdrängung« »Marginalisierung« und »Tabuisierung« seien im 21. Jahrhundert wegen der medialen Präsenz, des gewachsenen Medieninteresses, der Vielzahl von (populär-)wissenschaftlichen Veröffentlichungen und der zunehmenden Forschungsaktivitäten nicht zu halten (ebd., Fischer 2001: 234; Fischer/Sörries 2016: 249).

Peter-Ernst Schnabel (2013: 110f.) rekurriert auf den Begriff der »Enteignung« und »Entfremdung« von Fischer (1997 und 2001) und befasst sich aus der Sicht der Gesundheitswissenschaften mit der Entwicklung eines »gesunden«, das heißt eines selbstbestimmten und menschenwürdigen, Konzepts des Sterbens. Schnabel (2013: 162) sieht den modernen Umgang mit Sterben und Tod nicht durch die Topoi der »Verdrängung« und

der »Tabuisierung«, sondern treffender durch die Begriffe der »Enteignung«, »Exkommunikation oder »Entfremdung aufgrund erlernter Hilflosigkeit« beschrieben. Schnabel (ebd.: 13) kritisiert, dass der Diskurs zum praktischen Umgang mit Tod und Sterben in der Deutungshoheit von Expert:innen- oder Berufsgruppen liege. Durch die Thematisierung in spezialisierten Kreisen fehlten den Betroffenen wesentliche Informationen zur Bearbeitung wie zur Bewältigung, und der eigene Tod werde ihnen hierdurch »fast völlig aus der Hand genommen« bis hin zur »Enteignung« und »Selbstentfremdung« (Schnabel 2014: 8). In Verknüpfung mit der gesellschaftlichen Ungleichheitsdebatte nimmt Schnabel (2013: 206ff.) an, dass auf lange Sicht Bevölkerungsteile mit niedrigerem sozioökonomischen Status in der Mehrheit »mit einem ängstigenden, einsameren, menschenunwürdigeren und durch andere bestimmten Sterben« konfrontiert sind, da ihre Zugangsmöglichkeiten zu palliativmedizinischen und hospizlichen Einrichtungen beschränkt sind (ebd.: 207). In Konsequenz fordert der Autor (2013: 284ff.) die Schaffung »gesunder« Gesellschaftsbedingungen durch Veränderung der bestehenden Ungleichheits- und Machtverhältnisse, um so allen Menschen über die gesamte Lebensspanne hinweg gleiche Chancen für ein »gesundes Leben und Sterben« zur Verfügung zu stellen (285ff.). Integrales Element dieser Gesundheitsförderung sei die kommunikative Wiederaneignung von Verlust, Sterben und Tod in den verschiedenen Sozialisationsinstanzen.

So weit zur exemplarischen Darstellung einzelner Positionen dieses ambivalenten wie divergenten Diskurses. Die gesellschaftlichen Veränderungen drücken sich auch in einem Wandel des Umgangs mit Sterben und Tod aus. Einige der genannten Entwicklungstrends sind miteinander verwoben, andere erscheinen widersprüchlich bzw. spiegeln die Pluralisierung von Werten und Lebensstilen wider. Feldmann (2010a: 60 und 2018: 267) kann aufgrund der Vielfalt der Handlungsweisen zu keiner pauschalen Einschätzung hinsichtlich des Umgangs mit Sterben und Tod kommen und findet sowohl stichhaltige Gründe, die für die »Verdrängungsthese« als auch Gegenargumente, die für die realitätsgerechtere Betrachtung und erfolgreichere Bearbeitung der Themen im Vergleich zu traditionellen Kulturen und in vergangenen Jahrhunderten sprechen (Feldmann 2010b: 62). Die Gegenüberstellung verdeutlicht, dass dieselbe soziale Tatsache konträr interpretiert wird. Beispielsweise wird die Medialisierung von Sterben und Tod negativ als »Scheinthematisierung« und positiv als »Kultivierung« bewertet. Die Forcierung von Unsterblichkeitsillusionen wird im Zusammenhang mit der fortgeschrittenen Technisierung und Medikalisierung angenommen, aber es bleibt unbeachtet, dass dem die Zunahme aller Formen der Lebensplanung, der Selbstkontrolle und der Vorsorge hinsichtlich des Lebensendes widerspricht (ebd.). Auch die Thesen der Privatisierung und der Institutionalisierung erscheinen – zumindest oberflächlich betrachtet – widersprüchlich. In seinem Fazit stellt Feldmann (2010a: 77) fest, dass der Todesbezug in modernen Gesellschaften zwar »verborgen« sei; aber von »Verdrängung« könne nur in Hinblick auf bestimmte Aspekte der Thematik gesprochen werden: »Offensichtlich betrifft die Verdrängungsthese nur bestimmte Todesbereiche, vor allem die Beschäftigung mit dem eigenen Tod, den direkten Umgang mit Sterbenden und Toten und die traditionellen Riten nach dem eingetretenen Tod und in der Trauerphase.«

Diese Auffassung wird auch von anderen Autor:innen geteilt und abhängig von deren thematischen Schwerpunkten – Sterben, Tod, Bestattung oder Trauer – ausgeführt (z.B.

Schäfer 2002; Wittkowski 1978 und 2003; Meitzler 2012; Schnabel 2013: 108ff.; Müller-Busch 2013: 237ff.; Thieme 2016).

Bezogen auf *einsames* Sterben und *unentdeckte* Tode sind die Aspekte des ritualisierten Umgangs nach Eintreten des Todes und in der Trauerphase zu vernachlässigen und stattdessen die Folgen der Verdrängung des eigenen Todes und der Vermeidung des direkten Umgangs mit Sterbenden und Toten in den Vordergrund zu rücken. Die hiermit assoziierte individuelle und soziale Verdrängung von Sterben und Tod kann sich durch eine Scheu vor der (bewussten) gedanklichen oder kommunikativen Auseinandersetzung wie auch in einer Distanzierung bzw. Vermeidung der direkten Begegnung mit Sterbenden und Toten ausdrücken. Im Gegensatz zur permanenten medialen Präsenz sind Sterben und Tod im alltäglichen privaten Raum meist nicht offen sichtlich und scheinbar weit entfernt[11]. Durch das Sterben und den Tod eines nahe- oder näherstehenden Menschen verliert sich die räumliche und emotionale Distanz – zumindest für einen kurzen Zeitraum. Sterben und Tod werden nicht nur sichtbar, sondern auch erfahrbar. Die Schnittstellen zwischen der eigenen und der fremden Lebenswelt sind offengelegt und erinnern an die persönliche Sterblichkeit. Dieses ›Memento mori‹ kann einerseits Unsicherheit, Überforderung und Ängste hervorrufen, welche durch mangelnde Erfahrungen, Kenntnisse und Routinehandlungen sowie unzureichenden sozialen Austausch verstärkt werden. Andererseits liegt in einer solchen ›Er-Innerung‹ immer auch die Chance, durch Bearbeitung und Integration der Erfahrungen Kompetenzen im Umgang mit Sterben und Tod zu gewinnen.

Um den sehr ›zurückhaltenden‹ Umgang mit *einsamem* Sterben und *unentdeckten* Toden zu erklären, ist der Verweis auf die Verdrängung des eigenen Todes und die Vermeidung der persönlichen Begegnung mit Sterbenden und Toten weiterführend. Ein »einsames Sterben« wird in Befragungen als maßgebliche Besorgnis, Furcht oder Angst benannt. Die offene Thematisierung im Alltag und in der Öffentlichkeit findet nur selten statt. So wie das Bekenntnis der eigenen Einsamkeit und die Reaktionen des Umfelds auf dieses Eingeständnis mit einem »turn away« belegt sein können, so ist derselbe Umgang auch für die direkte Ansprache des einsamen Sterbens in persönlichen Begegnungen anzunehmen (vgl. Kapitel 6.4). Die durch Einsamkeit geprägte Lebenslage am Lebensende wird vor allem als private Angelegenheit behandelt, wenn auch die Gruppe der Senior:innen diesbezüglich die größte gesellschaftliche Solidarität zu erfahren scheint (vgl. Kapitel 4.1). Abgesehen von einzelnen Medienberichten werden *einsames* Sterben und *unentdeckte* Todesfälle in der Gesellschaft selten öffentlich erörtert. Es handelt sich um einen dethematisierten bzw. thematisch eng geführten Gegenstand.

Um die Spezifik des gesellschaftlichen Umgangs mit *einsamem* Sterben und *unentdeckten* Toden herauszuarbeiten, werden nun einige der anfangs benannten Schlagworte erneut aufgegriffen. In den Ausführungen werden sowohl der prämortale als auch der postmortale Umgang mit *einsamem* Sterben und *unentdecktem* Tod sowie die damit einhergehenden Perspektiven der Sterbenden selbst und ihres sozialräumlichen Umfelds berücksichtigt. Die Qualität der sozialen Einbindung durchzieht als Querschnittsthema die verschiedenen Aspekte.

11 Hiermit soll jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass durch die mediale Begegnung mit Sterben und Tod auch der persönliche Kontakt mit Sterben und Tod antizipiert und geübt werden kann.

Privatisierung: *Einsames* Sterben und *unentdeckte* Tode ereignen sich im privaten Raum. Die Thematik wird auf gesellschaftlicher Ebene kaum erörtert und auch hierdurch erfolgt eine Privatisierung der Bearbeitung und Bewältigung, da das soziale Umfeld keine bzw. kaum Anhaltspunkte zur Information und Orientierung durch einen übergeordneten Diskurs findet. Die gedankliche oder kommunikative Auseinandersetzung um aufkommende Probleme und Ängste im Zusammenhang mit dem konkreten *einsamen* Sterben und *unentdeckten* Tod müssen von den Einzelnen und sozialen Gruppen privat bewältigt werden. Aber so wie es eine allgemeine Neigung gibt, sich nicht mit dem eigenen Sterben zu beschäftigen, wird auch der direkte Umgang mit dem fremden Sterben und Tod selten thematisiert. Es ist davon auszugehen, dass die gemeinschaftliche Thematisierung vor allem in vertrauten Gruppen erfolgt und tendenziell mit der sozialen Distanz zu Gesprächspartner:innen abnimmt. Dies bedeutet, dass Personen, denen die Austauschmöglichkeiten in Primärgruppen bzw. sozialen Netzwerken nicht oder nur eingeschränkt verfügbar sind, in noch stärkerem Maße als andere Sterben und Tod als private Angelegenheit erfahren. Die Bewältigung dieser ›Privatsache‹ – sei es der Umgang mit dem eigenen oder dem fremden Sterben und Tod – hängt infolge des sozialen Mangels vor allem von der persönlichen Eigeninitiative und den verfügbaren (kulturellen und ökonomischen) Ressourcen ab.

Wenn ein alleinstehender Mensch verstirbt, kann der Tod erst nach dem Zutritt des privaten Raums festgestellt werden. Der direkte Zugang – mittels eines Schlüssels – ist meist nur nahestehenden Personen oder sozialen Diensten möglich. Die Liegezeit ist in diesen Fällen aufgrund des regelmäßigeren Kontakts tendenziell geringer. Bei Personen ohne engeres soziales Umfeld ist das Handeln der Nachbar:innenschaft für den Zeitpunkt der Auffindung entscheidend. Erst wenn diese die ausbleibenden Lebenszeichen wahrnimmt und die Initiative ergreift, die eigenen Beobachtungen an Vermieter:innen oder Polizei weiterzugeben, besteht die Chance des Zugangs zu diesen privaten, nicht öffentlich zugänglichen Orten und der Auffindung der Verstorbenen.

(Un)Sichtbarkeit: Ein Todesfall im persönlichen Umfeld unterscheidet sich von der medialen Präsenz durch die Unmittelbarkeit der Erfahrung. Tode mit Liegezeit sind für das Umfeld oft auch sinnlich erfahrbar – beispielsweise durch Verwesungsgeruch oder Insektenbefall. Die aufkommenden Gefühle des Ekels im Zusammenhang mit den Folgen der fortgeschrittenen Leichenerscheinungen können auch Abwehrreaktionen der Verdrängung bzw. Vermeidung hervorrufen (Nölle 1997: 116). Entgegen der Sichtbarkeit des Todes im räumlichen Umfeld ist die Thematik im öffentlichen, politischen, medialen und wissenschaftlichen Diskurs stark verborgen. In den Medien wird das Thema vor allem in Verbindung mit Alter und Einsamkeit ›sichtbar‹, wodurch auch eine **Partikularisierung** der Problematik – das heißt eine diskursive Verengung – hinsichtlich der betroffenen Personengruppe und der sozialen Hintergründe erfolgt.

Institutionalisierung/Professionalisierung: Das Sterben im privaten Umfeld bezeichnet eine weitgehend deinstitutionalisierte Form des Sterbens – auch wenn soziale Diensleister:innen zur Unterstützung von alleinstehenden hilfs- oder pflegebedürftigen Personen einbezogen sind. Im Fall professioneller Hilfe ist eine Entdeckung nach längerer Liegezeit wegen der regelmäßigen Taktungen der Besuche unwahrscheinlich, aber da in der

Regel eine funktionale und zeitlich begrenzte aber keine emotionale Unterstützung erfolgt, kann das Sterbegeschehen durch Einsamkeit geprägt sein. Vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Tendenz zur Institutionalisierung und Professionalisierung ist es ebenfalls denkbar, dass das Verhalten des sozialen Umfelds hierdurch beeinflusst ist. Das Wissen um diese Zusammenhänge kann im persönlichen Umgang mit Sterbenden dazu führen, dass die Vorrangigkeit der professionellen Intervention vor der Laienhilfe betont wird, so dass eigene Handlungen der nachbarschaftlichen Fürsorge und Verantwortlichkeit zurückgehen oder ausbleiben. Für die Sterbenden kann dies bedeuten, dass dringend benötigte Hilfe ausbleibt und sich Gefühle des sozialen Mangels und der Verlassenheit verstärken.

Vermeidungsverhalten/Interaktions- und Kommunikationsschwierigkeiten: Eine allgemeine Zurückhaltung und Scheu in der Begegnung und Kommunikation von Sterben und Tod kann sowohl die Haltung der Sterbenden als auch des sozialen Umfelds bestimmen. Aufgrund der fehlenden ›Übung‹ können durch die persönliche Begegnung mit Sterben und Tod Gefühle der Angst, Unsicherheit oder Überforderung (z.B. Hefel 2019: 126) und Verhaltensweisen der Abwehr wie beispielsweise Verdrängung oder Negation durch Unsterblichkeitsphantasien, Vermeidung des Kontakts oder Bagatellisierung der Sterbeerfahrung ausgelöst werden. Es ist nicht auszuschließen, dass sich die Abwehrreaktionen gegenüber Sterben und Tod in Verbindung mit dem gleichsam aversiv belegten Thema Einsamkeit verstärken. Sowie auch anzunehmen ist, dass die Abwehrreaktionen tendenziell mit 1. der Vorbereitung im Sinne einer Aneignung (Schnabel 2013), 2. den Primärerfahrungen, 3. bekannten Routinehandlungen bzw. Ritualen, 4. dem Alter (Reidick 2013: 80f.) und 5. den Möglichkeiten des sozialen Austausches abnehmen.

Die Tendenz zur Vermeidung kann in Verbindung mit mangelnder persönlicher Vorbereitung dazu führen, dass alleinstehende Personen mit schwacher sozialer Einbindung in der Sterbephase keine soziale Begleitung und Unterstützung haben und das Sterbegeschehen allein und ›unerfahren‹ bewältigen müssen. Das soziale Umfeld kann das Angebot zur Unterstützung nicht nur willentlich, sondern auch aus Unkenntnis der Notlage oder aus einer Vermeidungshaltung heraus unterlassen.

Nach dem Bekanntwerden eines vermeintlich *einsamen* Sterbens und/oder eines *unentdeckten* Todes im sozialen Umfeld kann die persönliche Betroffenheit sowohl Gefühle der Abwehr als auch Impulse zur eigenen Beschäftigung mit Sterben und Tod auslösen – eventuell dadurch motiviert, durch ›Vorsorge‹ selbst einen ähnlichen Sterbeverlauf zu vermeiden. Die Einzelnen oder Gruppen sehen sich womöglich auch herausgefordert, sich zu diesem Ereignis zu verhalten, die Beziehung zu den Toten zu erinnern und eventuell auch den eigenen prä- bzw. postmortalen Umgang zu reflektieren.

Jeder (sozial und/oder räumlich) nahe Tod kann ein eindrückliches ›Memento mori‹ darstellen. Mit einem *unentdeckten* Tod wird jedoch nicht nur an die eigene Sterblichkeit und Endlichkeit erinnert, sondern das Augenmerk wird auch auf die besonderen Umstände des Sterbens und des Todes gelenkt. Hierdurch können eigene Ängste vor dem prämortalen Vergessenwerden, der Verlassenheit am Lebensende und der eigenen Bedeutungslosigkeit für andere verstärkt werden. *Unentdeckte* Tode können als Ausdruck einer manifesten Vereinsamung wahrgenommen und gefürchtet werden. Aufgrund der sozialen Ansteckung der Einsamkeit ist davon auszugehen (vgl. Kapitel 5.4.4), dass sich

nicht nur Gefühle der Einsamkeit, sondern auch die Folgeerscheinungen – *einsames* Sterben und *unentdeckte* Tode – räumlich potenzieren können. Die Häufung von *unentdeckten* Todesfällen an bestimmten Orten spricht für diese Annahme (vgl. Kapitel 9). In der eigenen Fall- und Feldstudie haben die Befragungen der Nachbar:innenschaft post mortem auch eine unerwartet große Bereitschaft zur Kommunikation gezeigt, die vielfach von dem Bemühen getragen war, die späte Entdeckung zu erklären – sowohl im Verweis auf die Ablehnung angebotener Unterstützung durch die Verstorbenen als auch im Verweis auf eigene Problemlagen, die eine nachbarschaftliche Unterstützung nicht zuließen.

Erfahrungsmangel: Der allgemeine Erfahrungsmangel im Umgang mit Sterben und Tod ist auch dadurch begründet, dass in unserer Gesellschaft die Vorbereitung auf Sterben und Tod nicht systematisch und als integraler Bestandteil der Sozialisation erfolgt. Daher sind die Möglichkeiten der Aneignung durch Erwerb von Kenntnissen und Kompetenzen interindividuell und in sozialen Gruppen sehr verschieden. Es wird Schnabel (2013) zugestimmt, dass die ›Vorbereitung‹ eine wesentliche Voraussetzung zur Gestaltung eines selbstbestimmten Sterbens, der Verbesserung der Sterbequalität wie auch der Bewältigung des Sterbegeschehens darstellt.

Mangelnde bzw. fehlende Primärerfahrungen können durch theoretische Auseinandersetzungen und praktische Vorbereitungen im Rahmen interaktiver Gruppenprozesse oder auch selbständig ergänzt und ausgeglichen werden[12]. Die ›Aneignung‹ des eigenen und/oder fremden Sterbens und Todes kann 1. durch den Erwerb von Wissen zum Sterbeprozess, 2. durch Vorsorge und Planung des Lebensendes und 3. durch die Kenntnis sozialer Dienstleistungen konkretisiert werden. Die Vorbereitung kann so durchaus zu einer realitätsgerechteren – ›entängstigenden‹ wie akzeptierenden – Betrachtung beitragen, so dass die eigenen Bedürfnisse für das Lebensende spezifiziert werden können. Durch aktive Vorsorgehandlungen ist es möglich, mangelnde soziale Unterstützung eigeninitiativ zu kompensieren.

Begegnungen mit dem fremden Sterben und Tod wie auch diesbezügliche Kommunikationen sind in einem größeren sozialen Netzwerk wahrscheinlicher. Personen mit wenigen Sozialkontakten haben vermutlich nicht nur weniger direkte Erfahrungen mit Sterben und Tod, sondern auch weniger Personen in ihrem Umfeld, mit denen sie solche Erfahrungen kommunizieren können. Aufgrund der begrenzten Übungsmöglichkeiten ist für die Mehrheit auch von einer sozial beschränkten Vorbereitung auf das eigene und fremde Sterben auszugehen. Personen, die weder auf ein stützendes soziales Netzwerk noch auf persönliche Ressourcen zurückgreifen können, werden Sterben und Tod in stärkerem Maße als Ereignisse von außen erleben. *Unentdeckt* Verstorbene mit schwacher sozialer Einbindung müssen jedoch nicht zwingend weniger Erfahrungen mit dem frem-

12 Seit einigen Jahren werden »Letzte Hilfe-Kurse« für Erwachsene angeboten, welche verlorengegangenes Wissen zur Sterbebegleitung vermitteln und ermutigen wollen, sich Sterbenden zuzuwenden. In den Kurz-Kursen können Interessierte Basiswissen und Orientierungen sowie einfache Handgriffe erlernen. Zum Abschluss geht es darum, gemeinsam zu überlegen, wie man Abschied nehmen kann und die Möglichkeiten wie Grenzen anzusprechen. Analog zur »Ersten Hilfe« soll die »Letzte Hilfe« Wissen zur humanen Hilfe und Mitmenschlichkeit in schwierigen Situationen vermitteln (https://www.letztehilfe.info/).

den Sterben gemacht haben, da die geringe Anzahl ihrer Sozialkontakte auch mit einem gehäuften Verlust von nahestehenden Personen durch Tod in Zusammenhang stehen kann.

Soziale Ungleichheit: Die Möglichkeiten der ›Vorbereitung‹ auf das eigene Sterben und die Bewältigung des eigenen wie fremden Sterbens und Todes sind in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status respektive den verfügbaren (sozialen, kulturellen und ökonomischen) Ressourcen und Zugangsmöglichkeiten, vom Alter, vom Geschlecht[13], von den persönlichen Voraussetzungen (z.B. Eigeninitiative) und vom Gesundheitszustand ungleich verteilt.

So wie die Möglichkeiten der Aneignung divergieren, besteht auch – abhängig von den benannten Voraussetzungen – für bestimmte Personen(-gruppen) ein höheres Risiko *einsam* und *unentdeckt* zu sterben, welches auch auf den zurückhaltenden gesellschaftlichen Umgang mit (*einsamem*) Sterben und (*unentdeckten*) Toden zurückgeführt werden kann. Durch die breitere gesellschaftliche Thematisierung – die offene Erörterung entsprechender Erfahrungen und die Lancierung von Informationen – könnte hingegen ein reflektierter Umgang mit dem eigenen und dem fremden Sterben und Tod vorangebracht wie auch die Notwendigkeit sozialpolitischer Präventions- und Interventionsmöglichkeiten zur Unterstützung sozial benachteiligter Personen(-gruppen) verdeutlicht werden.

13 Zur ›Vorbereitung‹ von Frauen gehören im Vergleich zu Männern häufiger Erfahrungen der Sterbebegleitung. Außer dem Mehr an Primärerfahrungen ist davon auszugehen, dass die Frauen zugesprochenen ausgeprägteren Sozial- und Kommunikationskompetenzen die interaktive Auseinandersetzung mit der Thematik unterstützen.

5. Einsamkeitsforschung
(Un-)Möglichkeiten der Annäherung an eine subjektive Gefühlslage

In dieser Arbeit werden die Themenkomplexe Sterben/Tod und Einsamkeit zusammengeführt. Mit dem Begriff des *einsamen* Sterbens werden die sozialen und emotionalen Lebens- und Sterbensumstände betont. Im thanatologischen Kontext wird Einsamkeit vor allem als unerwünschte und gefürchtete Gefühlslage der Sterbenden thematisiert. ›Gutes‹ Sterben bedeutet, nicht nur von fachkompetenten Personen sozial versorgt zu werden, sondern auch von emotional nahestehenden Personen unterstützt und begleitet zu werden. Ein unbegleitetes Sterben – insbesondere in Verbindung mit einer späten Entdeckung des Todes – weist auf eine geringe(re) Anzahl von Sozialkontakten und kann, muss aber nicht zwingend, mit der Gefühlslage der Einsamkeit verbunden gewesen sein.

Die oft pauschale und reflexartige Attribuierung der Einsamkeit im Kontext unbegleiteten Sterbens vernachlässigt, dass es sich um eine subjektive Gefühlslage handelt. Post mortem ist die Erhebung des subjektiven Sterbeerlebens unmöglich. Daher sollten diesbezügliche Zuschreibungen auf fundierte Schlussfolgerungen gestützt sein. Die ausführliche Darlegung der Einsamkeitsforschung in dieser Arbeit zielt auf eine solche theoretisch wie empirisch abgeleitete Begründung.

Die oberflächliche Annäherung mittels Internet-Suchmaschine ergibt, dass Einsamkeit vorwiegend problematisch aufgefasst wird und häufig in einen Zusammenhang mit gesundheitlichen Problemen und vorzeitigem Sterben gestellt wird. Einsamkeit erscheint in »spätmodernen«, »individualistisch« geprägten Gesellschaften als Phänomen mit wachsender Bedeutung (Dreitzel 2011; Sloterdijk 2017); teils werden »epidemische« Ausmaße bekundet und von einem »Zeitalter der Einsamkeit« gesprochen (Marquard 1995: 111; Fforde 2016). Spitzer (2018) nennt Einsamkeit eine »unerkannte Krankheit« und »Todesursache Nummer eins in den westlichen Gesellschaften«. Seit Ausbruch der Corona-Pandemie im Jahr 2020 wird Einsamkeit als soziale und psychische Folgeerscheinung der geltenden Schutz- und Sicherheitsmaßnahmen zur physischen und sozialen Distanzierung häufiger thematisiert. Fast die Hälfte der Deutschen fühlt sich gelegentlich einsam und in der Gruppe der unter 25-Jährigen liegt der Anteil mit ca. 60 Prozent noch höher (Bundesregierung 2020: 2).

Dieses Kapitel wird sich der Gefühlslage der Einsamkeit aus vier verschiedenen Blickrichtungen annähern.

1. Historische Perspektive: Einsamkeit gehört zu den existentiellen Erfahrungen des Lebens. Dem Menschsein liegt ein grundlegender Dualismus oder Antagonismus hinsichtlich der sozialen Bedürfnisse zugrunde (Svendsen 2016: 22; Elbing 1991: 1ff.), so dass einerseits der Wunsch nach Verbindung mit anderen Menschen besteht und andererseits das Bedürfnis von ihnen getrennt – allein – zu sein. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass Einsamkeit zu allen Zeiten und in allen Kulturen vorkam und vorkommt. Die Gefühlsausstattung einer Gesellschaft ermöglicht einen spezifischen soziokulturellen Erfahrungsraum (Hahn 2010: 6f.). Der historisch-geisteswissenschaftliche Rückblick verdeutlicht die Entwicklung im Erleben und im Ausdruck von Einsamkeit. Mit den Zeitepochen, und immer auch abhängig vom gesellschaftlichen Standpunkt, wandelten sich die – positiven wie negativen – Einstellungen gegenüber der Gefühlslage.

2. Aktuelle Perspektive: Im gegenwärtigen Diskurs dominiert eine ›negative‹ Sicht auf Einsamkeit, welche einerseits die individuellen Belastungen und anderseits mögliche gesellschaftliche Verursachungen und (sozial-)politische Präventions- und Interventionsmöglichkeiten in den Mittelpunkt stellt.

3. Begriffliche Bestimmung: Schwierigkeiten in der Erforschung der Einsamkeit lassen sich durch die Spezifika des Phänomens selbst begründen: Einsamkeit ist vielgestaltig, besitzt kein eindeutiges Erscheinungsbild und tritt eher maskiert und verborgen auf. Es handelt sich um ein relationales, multidimensionales Phänomen, welches gegenüber verwandten Erscheinungsformen des Alleinseins, der sozialen Isolation und Exklusion sowie des sozialen Sterbens begrifflich abgegrenzt werden muss.

4. Empirische Bestimmung: Der aktuellen – auch emotional geführten – öffentlich-medialen Debatte werden empirische Forschungsergebnisse entgegengestellt. Hier sei jedoch bereits der Hinweis gegeben, dass die Vermessung der Einsamkeit keineswegs unstrittige Ergebnisse hervorgebracht hat. Ob die Menschen in unserer Zeit tatsächlich einsamer sind als frühere Generationen, lässt sich – auch im Rückgriff auf empirische Ergebnisse – nicht sicher beantworten. Eindeutiger belegt sind dagegen die Auswirkungen chronischen Einsamkeitserlebens auf die Morbidität und Mortalität wie auch die Zusammenhänge von Einsamkeit mit Depression und Suizid. Das fünfte Kapitel endet mit einer Sammlung der durch die Einsamkeitsforschung benannten Risiko- und Schutzfaktoren, die – insbesondere in intersektionaler Verschränkung – dazu führen können, dass Personen(-gruppen) sozial vereinzeln und vereinsamen.

Einsamkeitsforschung wird von verschiedenen Disziplinen (z.B. Psychologie, Philosophie, Anthropologie, Medizin, Neurowissenschaft) getragen, schwerpunktmäßig jedoch außerhalb der Soziologie (Bohn 2006: 7). Die interdisziplinäre Ausrichtung ist auch durch die Vielschichtigkeit des Forschungsgegenstands selbst begründet. Die eigene Auswahl richtet sich vor allem auf sozialwissenschaftlich fundierte Arbeiten und fokussiert die Aspekte, die in engem Bezug zum eigenen Forschungsgegenstand stehen und dessen theoretische wie empirische Grundlegung unterstützen können.

5.1 Historische Kontextualisierung

Die Begriffe »Einsamkeit« und »einsam« wurden in mittelalterlichen Texten erstmalig verwendet. »Einsamkeit« ist seit dem 13. Jahrhundert ein bedeutender Terminus der deutschen Geistesgeschichte (Emmel 1972: 407). Das *Digitale Wörterbuch der Deutschen Sprache* (*DWDS*) differenziert den Bedeutungswandel im Verlauf des Mittelalters: Bis ca. 1400 dominierte »Einsamkeit«/»einsam« im Sinne von »Einheit«, »Einigkeit«, »einig«, »einträchtig« und »einzeln«[1], danach setzte sich entsprechend des lateinischen »solitudo« der Gebrauch im Sinne von »Einsamsein«, »verlassene Gegend«, »allein«, »verlassen« und »öde« durch (DWDS o.J.)[2]. Die Begriffe in der späteren Bedeutung fanden sich zunächst in vereinzelten Glossaren und ab dem 16. Jahrhundert verstärkt in den Texten, so z.B. bei Martin Luther (ebd.).

Seit seiner Einführung im Mittelalter wurde der Begriff in den verschiedenen Epochen mit unterschiedlichen Gemütszuständen bzw. seelischen Vorgängen verbunden. Zunächst überwog die Einordnung der Einsamkeit in religiösen und mystischen Zusammenhängen. In den Epochen der *Mystik* und des *Pietismus* wurde Einsamkeit als wesentliche Voraussetzung des Zugangs zu und der Verbundenheit mit Gott gesehen. Einsamkeit bedeutete immer innere Einsamkeit, das heißt Abgeschiedenheit der Seele (Emmel 1972: 407). Ob diese Form der Einsamkeit auch den »Verzicht auf alles weltliche Interesse« (Binder 1980: 96) und die äußere Isolierung bedurfte, wurde kontrovers beurteilt (ebd.; Benz 1966: 148).

In den Epochen der *Aufklärung* (ca. 1720–1800) und der *Empfindsamkeit* (ca. 1740–1790) wurde die Erfahrung der Einsamkeit säkularisiert, und der religiös begründete Genuss als Selbstgenuss abgewertet und abgelehnt (Emmel 1972: 408). Stattdessen kam dem sozialen Rückzug mit dem Ziel der Vervollkommnung der eigenen Person hohe Bedeutung und Wertschätzung zu (ebd.). Einsamkeit wurde als notwendige Voraussetzung für Geistesarbeit und schöpferisches Tun angesehen. In der Epoche der *Empfindsamkeit* traten Leid und Schwermut als Begleiterscheinungen der Einsamkeit stärker in den Vordergrund. Die transzendentale Begründung für die Einsamkeit war weggefallen, der Einsame schien betroffen von der sozialen Isolierung, die wiederum seine innere Einsamkeit verstärkte. Er litt an der Einsamkeit, zugleich wurden Leid und Schwermut zu tröstenden Begleitern. Literarisches Beispiel des *Sturm und Drang* (ca. 1765–1785) ist Johann Wolfgang von Goethes Roman »Die Leiden des jungen Werthers« aus dem Jahr 1774, in dem alle Stadien des Einsamkeitserlebens zur Sprache kommen (Emmel 1972: 409). In der Einleitung lässt Goethe seine Titelfigur Werther hervorheben, dass er seine Freiheit und Einsamkeit in Verbindung mit der Schönheit der Natur genieße, er findet seine Welt in sich selbst. Dies ändert sich, als Werther Lotte begegnet und sich aussichtslos in sie verliebt. Als diese einen anderen Mann heiratet, erkennt er

---

1 Wenn man die ursprüngliche Bedeutung von »einsam« analysiert, so ergibt sich die »Neigung zum Ein-Sein« (ein = allein, sam = neigend zu) (DWDS o.J.). Im Spätmittelalter bzw. im Übergang zur Neuzeit hat das Wort »einsam« seine ursprüngliche Bedeutung zur Kennzeichnung eines Menschen, der »mit sich selbst eins ist« verloren (Poschardt 2006: S. 89f.).

2 Solitudo, -inis: Einsamkeit, Stille, Menschenleere, Zurückgezogenheit, Einöde, Verlassenheit (Pons Latein-Deutsch-Wörterbuch).

seine Fehleinschätzung: Seine Liebe ist ohne Hoffnung. Am Ende sieht Werther keinen Ausweg mehr und tötet sich selbst.

Binder (1980: 94f.) unterstreicht, dass die Literatur des 18. Jahrhunderts aufgrund der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der geistigen Struktur der Epoche eine besondere Nähe zum Einsamkeitsmotiv gehabt habe. Einsamkeit sei kein losgelöstes Phänomen, sondern immer die Folge bestimmter Verhältnisse (ebd.: 95). Die ausgeprägte Geselligkeitskultur des 18. Jahrhunderts habe von Zeit zu Zeit den Wunsch, für sich allein zu sein, hervorgerufen. Dieser »Selbstgenuss« sei akzeptiert gewesen, sofern der Einsiedler danach mit seiner Individualität die Gesellschaft bereichert habe (ebd.). Das 18. Jahrhundert habe aber neben der »guten« auch eine »schlechte« – sprich ungewollte – Form der Einsamkeit gekannt, wie beispielsweise die »Einsamkeit der Fürsten« (ebd.).

Aus dieser Zeit stammen mehrere umfangreiche (populär-)wissenschaftliche Auseinandersetzungen mit der Thematik: Zum einen die Werke um die kontroversen Diskussionen von Jacob Herrmann Obereit (1775 und 1781) und Johann Georg Zimmermann (1785) sowie zum anderen die einige Jahre später erschienene Publikation von Christian Garve (1797) über das Verhältnis von Einsamkeit und Gesellschaft. Der Philosoph Zimmermann unterscheidet in seinem vierbändigen populärphilosophischen Werk »Ueber die Einsamkeit« systematisch eine »gute« und eine »schlechte« Form der Einsamkeit, welche dementsprechend in guten oder schlechten Ursachen gründen. Als schlechte Antriebe nennt er »Müßiggang«, »Neid« und »Menschenfeind[schaft, S. L.]«, »Lebensüberdruss« und besonders »Hypochondrie« (ebd.), was zu dieser Zeit weitestgehend synonym mit »Melancholie« war (Svendsen 2016: 183). Zimmermann kritisiert ebenfalls die religiös begründete Form der Einsamkeit (ebd.). Solche »schlechten« Formen der Einsamkeit erzeugten Misanthropie und Schwermut, »gute« Einsamkeit hingegen Freiheit, Unabhängigkeit, Muße, ein gutes Wesen und die Erhebung der Seele (ebd.): Die »gute« Einsamkeit müsse in Einklang mit dem Umgang zu anderen Menschen gebracht werden (ebd.). Letzten Endes ist Zimmermanns Auseinandersetzung eher ein Plädoyer zur Verteidigung der Einsamkeit als der Gemeinschaft (ebd.). In seinem Werk wird auch die für diese Epoche typische – hier teils polemisch geführte – Kontroverse zwischen dem weltlich orientierten Zimmermann und dem Mystiker Obereit lebendig. Letzterer hat die *Mystik* und das religiös begründete Einsiedlerleben verteidigt, Zimmermann dagegen hat als Anhänger der *Aufklärung* und von Rousseau ein intellektualisiertes Einsiedlerideal wie auch ein modernes Gelehrtenideal verkörpert und gegenüber dem religiösen strikt abgegrenzt (Benz 1966: 164f.)[3]. Das in der *Spätaufklärung* erschienene zweibändige Werk »Ueber Gesellschaft und Einsamkeit« (1800) des Philosophen Garve betont indes die Bedeutung der Gesellschaft gegenüber dem Aufsuchen der Einsamkeit. Allerdings wird die Eignung zur Einsamkeit von geistigen und intellektuellen Voraussetzungen der Menschen abhängig gemacht: Philosophen und Dichtern gebe die Einsamkeit die Freiheit und die Möglichkeit der uneingeschränkten Beschäftigung, bei »schwachen und mittelmäßigen Seelen« könne sie jedoch »gefährlich« sein und »Schwermut erzeugen« (Svendsen 2016: 184).

Immanuel Kant unterscheidet in »Kritik der Urteilskraft« (1790) ähnlich wie Zimmermann zwischen guten und schlechten Gründen für das Alleinsein. Schlussfolgernd hebt

3 Rousseaus Verständnis von Einsamkeit wird ausführlich von Svendsen (2016: 194ff.) dargelegt.

Kant jedoch hervor, dass ein Philosoph die Gesellschaft aufsuchen solle, um seine Erkenntniskräfte zu erhalten. Svendsen (2016: 184f.) erscheint diese Positionierung ungewöhnlich, da sie dem Standpunkt vieler Philosophen seit der Antike – wie etwa Aristoteles oder Descartes – entgegenstünde, welche das Aufsuchen der Einsamkeit als notwendige Voraussetzung für Erkenntnis angesehen hätten.

Die Philosophie der *Romantik* (ca. 1795–1835), die als Gegenbewegung zur vernunftbetonten Zeit der *Aufklärung* zu verstehen ist, hat sich das Ideal des Eremiten besonders zu Eigen gemacht (Benz 1966: 163). Im Zeitalter der *Romantik* erfährt die Einsamkeit teils eine programmatische Bedeutung, wenngleich sich Inhalt und Funktion in den geistesgeschichtlichen Werken jeweils unterscheiden. So prägte Ludwig Tieck (1841) das Wort von der »Waldeinsamkeit, die mich erfreut«, Achim von Arnim (1808) gab eine »Zeitung für Einsiedler« heraus, deren Buchausgabe er mit »Tröst Einsamkeit« betitelte (Binder 1980: 96). In den Bildern des Romantikers Caspar David Friedrich waren von der Landschaft geborgene Einsiedler – wie etwa auf dem Bild »Der Mönch am Meer« (ca. 1808) – ein wiederkehrendes Motiv. Diese ›Einsamen‹ flohen vor der Zivilisation und der Verstädterung und wollten im Naturerleben Transzendenz erfahren (Poschardt 2006: 76).

In der *Romantik* wird der Einsamkeit sowohl schöpferische als auch zerstörerische Kraft zugeschrieben. Bei Novalis ist die Einsamkeit gedanklich und durch konkrete Erfahrung des Verlusts eines nahestehenden Menschen begründet: »Das einzig Gute fand ich heute – die Idee der unaussprechlichen Einsamkeit, die mich seit S. Tode umgibt – mit ihr ist für mich die ganze Welt ausgestorben.« (Novalis 1981: 284)

Einsamkeit als Form echter Freiheit verbunden mit dem Gefühl des Ausgeschlossen-Seins findet sich bei Arthur Schopenhauer und Friedrich Nietzsche. Schopenhauer charakterisiert Einsamkeit als ausschließliche Möglichkeit des Selbstseins und der Freiheit und somit als: »Loos aller hervorragenden Geister: sie werden solche bisweilen beseufzen; aber stets sie als das kleinere von zwei Übeln erwählen.« (Schopenhauer 1972). Nietzsche zufolge kann man »sein höheres Selbst« nur in der Einsamkeit finden. Die Fähigkeit, die (gute) Einsamkeit auszuhalten, müsse jedoch erst erlernt werden (Nietzsche, zit.n. Svendsen 2016: 190f.). Vor dem Aufsuchen der Einsamkeit solle man – so Nietzsche – erst einen Charakter ausbilden, wenngleich ein wahrer Charakter nur in der Einsamkeit ausgebildet werden könne. Mahnend weist er darauf hin (ebd.): »In der Einsamkeit wächst, was einer in sie bringt, auch das innere Vieh.«

Dierse (1972: 410) weist auf den Wandel in der Bewertung des selbst gewählten sozialen Rückzugs, welcher im 19. Jahrhundert einsetzte: Einsamkeit erschien einerseits weiterhin als Möglichkeit der Abkehr von der Gesellschaft und ihren Normen und somit als Form wahrer Freiheit und der Chance der Selbstwerdung, aber andererseits wurde dieser Option nur noch eine eingeschränkte Berechtigung zugesprochen, dafür aber die Notwendigkeit ergänzender institutioneller Bindungen hervorgehoben. Ab Mitte des 19. Jahrhunderts erfolgte die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Einsamkeit in zunehmendem Maße außerhalb der Theologie, Anthropologie und Philosophie. Wissenschaften wie die Soziologie, die Psychologie, die Sozialpsychologie, die Kulturwissenschaft und die sozialen Neurowissenschaften setzten das Phänomen der Einsamkeit durch ihre fachspezifischen Perspektiven in neue Kontexte. Nun wurden auch die (gesellschaftlichen) Ursachen der ungewollten Einsamkeit und deren Auswirkungen auf das gesellschaftliche Miteinander stärker in den Blick genommen.

Im 20. Jahrhundert wurde die ›gute‹ Einsamkeit immer seltener thematisiert; stattdessen die ›schlechte‹ Einsamkeit in verschiedenen Facetten ausgeführt. Einsamkeit erschien immer mehr als Abweichung von sozial gewünschten Lebensformen bzw. von sozialen Normen. In der Sozialforschung der Nachkriegszeit wurde Einsamkeit gewissermaßen zur »Standarddiagnose des modernen Lebens« meist in einem Erklärungszusammenhang mit der fortgeschrittenen Individualisierung (Svendsen 2016: 169; Eckhard 2018: 177) und der Erosion traditionaler Sozialbeziehungen in der Gesellschaft. Unter der Vielzahl entsprechend positionierter Veröffentlichungen wurde besonders häufig »Die einsame Masse« von Riesman/Glazer/Denney (1956) rezipiert. Es folgten bis heute eine nicht unerhebliche Zahl von Publikationen, in denen ebenfalls eine zunehmende Einsamkeit festgestellt wird, deren Ursachen in den Entwicklungen der modernen Gesellschaft angenommen werden (z.B. Bitter 1967; Packard 1973; Putnam 2000; vgl. Kapitel 6.1).

Einzelne Autor:innen rückten das Phänomen der Einsamkeit in die Nähe psychischer Erkrankungen. Für Eugène Carp (1967: 79ff.) greift »kein Gefühl tiefer in das Wesen des menschlichen Seins« ein. So nahm er den Kern aller krankhaften Störungen – entgegen anderer Psychoanalytiker:innen – nicht in der Angst, sondern im Gefühl der Vereinsamung an und skizzierte eine entsprechende anthropologische Psychopathologie (ebd.; Bitter 1967). Vereinsamung ist für Carp ein Prozess, der imstande sei, »den Menschen endgültig zu entmenschlichen« (ebd.: 79). Die Ursache für die zunehmende Vereinsamung verortet Carp wiederum in der Überforderung des Menschen durch die moderne Gesellschaft, welche zu einer Flucht »aus der allgemein gültigen Wirklichkeit in eine traumhafte Illusionswelt« führe (ebd.: 89). Der moderne Mensch sei erfinderisch im Ausdenken von Hilfsmitteln, die ihm eine Flucht aus der Einsamkeit ermöglichten, was sich in einer »Art Psychopathologie des Alltagslebens« in Form verschiedener Suchterscheinungen – »Betäubungssucht, Reisesucht, Lernsucht, Tagungssucht, Geselligkeitssucht, [...] Stehlsucht, Wandersucht, Herrschsucht, Rachsucht« – ausdrücken könne (ebd.: 90).

Anders als die meisten soziologischen und psychologischen Veröffentlichungen hoben vor allem die in der philosophischen Tradition stehenden Arbeiten von Karl Jaspers (1956), Friedrich Parpert (1955), Gerhard Kölbel (1960) oder Herbert Marcuse (1969) den positiven Aspekt der Einsamkeit als Möglichkeit der Selbsterfahrung, Entwicklung und Vervollkommnung der eigenen Persönlichkeit hervor. Einsamkeit wurde philosophisch und psychologisch als existentielle, überzeitlich gültige Grundkonstante des menschlichen Daseins bestimmt. In der Dichtung, Literatur und Musik blieb die »Janusköpfigkeit« der Einsamkeit als gleichermaßen anziehendes und schöpferisches wie auch gefürchtetes und quälendes Gefühl bis in unsere Zeit erhalten (Bresgott 2014).

Die historische Rückschau auf die letzten Jahrhunderte verdeutlicht, dass Einsamkeit in diverse Kontexte gesetzt und mit verschiedenen Gefühlszuständen verbunden wurde wie auch wechselnde Bedeutungszuschreibungen erfahren hat. Der Wandel und die jeweilige Positionierung vollzogen sich auf dem Hintergrund der gesellschaftlichen Entwicklung und beeinflusst vom Zeitgeist der Epoche – entweder in Übereinstimmung mit oder in Opposition zum ›Mainstream‹. Es ist auch deutlich geworden, dass Einsamkeit lange Zeit nicht überwiegend negativ konnotiert war. Auffällig ist zudem, dass Einsamkeit in den zurückliegenden Jahrhunderten eher als ein Privileg privilegierter Gesellschaftsschichten in Erscheinung getreten ist. Der Blick auf die aktuelle Einsamkeits-

debatte wird verdeutlichen, dass diese soziale Begrenzung nicht mehr zutrifft bzw. sich mutmaßlich in das Gegenteil verkehrt hat.

5.2 Aktuelle gesellschaftspolitische Bezüge

Im Januar 2018 richtete die konservative Regierung unter Premierminister:in Theresa May in Großbritannien – auch unter der medienwirksamen Bezugnahme auf ein Projekt der ermordeten Labour-Abgeordneten Jo Cox – erstmalig ein koordinierendes Ressort für die Querschnittsaufgabe Einsamkeit ein, welches an das Ministerium für Sport und Zivilgesellschaft angegliedert wurde. Ausgangspunkt für die Neuschaffung dieses Arbeitsbereichs auf der Ebene der höchsten Verwaltungsbehörde war ein Bericht des britischen *Roten Kreuzes*, wonach in Großbritannien ca. 13 Prozent – das sind mehr als neun Millionen von insgesamt gut 65 Millionen Brit:innen – »immer« oder »oft« einsam sind, was dem höchsten Wert aller europäischen Staaten entspräche (British Red Cross o.J.)[4]. Das Britische Rote Kreuz spricht von einer »Epidemie im Verborgenen« (»hidden epidemic of loneliness«) (British Red Cross 2017). In einem Bericht (COOP/British Red Cross 2016) weist die Organisation darauf hin, dass Einsamkeit und Isolation Menschen aller Altersstufen in den unterschiedlichsten Lebensphasen betreffen könne – sei es nach dem Ausscheiden aus dem Beruf, nach Trennungen, bei Trauerfällen oder auch bei Ein-Elternschaft. Die am stärksten betroffenen Gruppen seien alleinlebende pflegebedürftige und/oder ältere Personen.

Im Oktober 2018 wurde das Nationale Programm gegen Einsamkeit (»A connected society – a strategy for tackling loneliness – laying the foundations for change«) veröffentlicht, welches auf drei Säulen fußt (HM Government 2018: 7ff.):

1. Die empirische Forschung soll vorangetrieben werden, um wirksame Ansatzpunkte für gezielte Interventionen gegen Einsamkeit zu gewinnen.
2. Sozialpolitische Interventionen zur Förderung des sozialen Zusammenhalts und zur Bekämpfung von Einsamkeit und sozialer Isolation sollen unterstützt werden. Dazu gehört der Auf- und Ausbau kommunaler Begegnungsorte (z.B. Cafés, Gärten oder Künstlerräume) und sozialer Netzwerke wie etwa Demenz-Gemeinschaften nach niederländischem Vorbild oder von Netzwerken zur Unterstützung privater Pflegepersonen.

Als weitere wichtige Maßnahme wird die Ausweitung des »social prescribing« angesehen. Die Strategie des »sozialen Verschreibens« bedeutet, dass Hausärzte, die häufig im Kontakt zu einsamen Patient:innen stehen, diese ermutigen, an sozialen Aktivitäten (z.B. »Männerschuppen« (»men's sheds«), Backen, Wandergruppen, Kreativangebote) teilzunehmen. Die Methode des »social prescribing« geht auf die Idee einer Medizinerin in der Kleinstadt Frome in England zurück, welche bereits 2013 einen Katalog

4 Eine international vergleichende Studie von Randall et al. (2019) kam jedoch zu anderen Ergebnissen und ermittelte sowohl für Großbritannien als auch für Deutschland, Österreich, Tschechien und Estland vergleichbare – unter dem EU-Durchschnitt liegende – Werte.

der vorhandenen sozialen Angebote sowie notwendiger Ergänzungen aufstellte. In der Folge wurde in Frome ein Gesundheits-Netzwerk aufgebaut. Die ›einsamen‹ und ›sozial isolierten‹ Patient:innen werden von professionellen und freiwilligen »Gesundheitsvermitttler:innen« (»health connector«) begleitet und entsprechend ihrer Bedarfe unterstützt. Das Angebot umfasst neben der Vermittlung sozialer Aktivitäten auch spezifische Beratungsangebote, z.B. bei Verschuldung oder problematischen Wohnverhältnissen. Die Datenauswertung zeigt, dass diese Strategie nicht nur positive gesundheitliche, sondern auch ökonomische Effekte hat (Monbiot 2018). So nahmen in Frome die Anzahl der Krankenhaus-Einweisungen wie auch die gesundheitsbezogenen Kosten insgesamt in starkem Maße ab (ebd.).

3. Als dritte Säule der britischen Einsamkeitsstrategie wird die Anregung des öffentlichen Diskurses mit dem Ziel eines gesellschaftlichen Bewusstseinswandels und einer Enttabuisierung der Thematik genannt.

Die Schaffung dieses neuen Ministeriums ist auch in Deutschland nicht ohne politischen Nachhall geblieben. Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung (2018: Z. 5567ff.) zwischen Union und SPD vom 7. Februar 2018 fand sich der folgende Passus:

> »Gesellschaft und Demokratie leben von Gemeinschaft. Familiäre Bindung und ein stabiles Netz mit vielfältigen sozialen Kontakten fördern das individuelle Wohlergehen und verhindern Einsamkeit. Angesichts einer zunehmend individualisierten, mobilen und digitalen Gesellschaft werden wir Strategien und Konzepte entwickeln, die Einsamkeit in allen Altersgruppen vorbeugen und Vereinsamung bekämpfen.«

Die Koalition stellte demnach die Auswirkungen der Individualisierung, der Mobilität und der Digitalisierung in Verbindung mit der Erosion familiärer bzw. sozialer Beziehungen. Im Papier wurde allgemein von Präventions- und Interventionsmöglichkeiten gegen Einsamkeit gesprochen. Es erfolgte auch keine Festlegung auf eine Altersgruppe. Ob die Aussage im Koalitionsvertrag auf die Schaffung eines Ministeriums nach britischem Vorbild oder die Ernennung eines Einsamkeitsbeauftragten hindeutete, wurde in der Folgezeit von Vertreter:innen aus Politik, Wissenschaft und Praxis diskutiert[5].

Die Mehrheit sprach sich dafür aus, dass das Thema auf die politische Agenda gesetzt werden müsse. SPD-Politiker Karl Lauterbach verortete dieses »wichtige Thema« in einem gesundheitsbezogenen Kontext. Er wies darauf hin, dass Einsamkeit in der Lebensphase über 60 Jahre die Sterblichkeit so sehr wie starkes Rauchen erhöhe, und dass einsame Personen »viel häufiger an Demenz« erkranken. (Jessen 2018; Spiegel online 2018). Der CDU-Politiker Marcus Weinberg stimmte – inhaltlich anders akzentuiert – ebenfalls für die Installation einer solchen Stelle, wenn auch in der Verantwortung des Familienministeriums (ebd.). Weinberg hob hervor, dass das Thema Einsamkeit in weiten Teilen der Gesellschaft tabuisiert werde, und dass das Bekenntnis der eigenen

5 Im September 2020 teilte die Bundesregierung in ihrer Antwort auf eine »Kleine Anfrage« mit, dass die Bundesregierung in der aktuellen Legislaturperiode keine Entwicklung einer alle Ressorts umfassenden Einsamkeitsstrategie plane.

Einsamkeit schwerfallen könne. Deswegen plädiere er für die Entwicklung eines Programms des »sozialen Zusammenhalts« und nicht »gegen Einsamkeit« (Spiegel online 2018). Als Ursache der zunehmenden Vereinsamung benannte Weinberg die fortschreitende Erosion sozialer Beziehungen – nicht nur in der Familie, sondern in der Gesellschaft insgesamt. Im Gegensatz zu Lauterbach verwies Weinberg nicht nur auf die finanziellen, sondern auch auf die gesellschaftlichen Folgen von Einsamkeit und sozialer Isolation. Die von Weinberg vorgeschlagenen Maßnahmen umfassten die Förderung der Einsamkeitsforschung, die Entwicklung von ›neuen‹ Programmen und Konzepten, städtebauliche Maßnahmen (Mehrfamilienhäuser und Integrationszentren) und schließlich die Enttabuisierung des Themas (ebd.).

In den Medien gab es für die Idee eines Einsamkeitsbeauftragten nicht nur Zustimmung. Exemplarisch seien zwei kritische Stimmen herausgegriffen. Jessen (2018: 12) fühlte sich an »Biggest Brother« im Sinne George Orwells erinnert und fand die Idee »gruselig«. Er fragte, was den Staat die innere Befindlichkeit seiner Bürger:innen angehe, und ob die Verantwortung für die Gestaltung der sozialen Beziehungen nicht bei dem Einzelnen liege. Diesen Gedanken spitzte er mit dystopischen Ausführungen zum Eingriff in die Privatsphäre der Bürger:innen weiter zu, um schlussendlich das Ganze zu wenden, und die Ursachen der Einsamkeit in den strukturellen (auch durch frühere politische Entscheidungen zur Wohnungs-, Verkehrs- und Siedlungspolitik sowie durch die Agenda 2010-Politik verursachte) Bedingungen zu verorten. Resümierend nannte Jessen die Haltung der Politik zynisch (ebd.): »Sie wollen im Hinterhof eines Ministeriums den gewaltigen Schaden ausbessern, den sie mehr als ein Jahrzehnt lang hergestellt haben.«

Sein Kollege Simmank (2018; vgl. Simmank 2020) stimmte diesbezüglich zu und vermutete ein politisches Kalkül bei der Lancierung der Einsamkeitsdebatte. Der Begriff der Einsamkeit werde bewusst verwandt, um so die Emotionen anzusprechen. Widersprechende Forschungsergebnisse würden zudem nicht beachtet, so dass auf empirisch schwach fundierter Grundlage Kritik an der modernen Gesellschaft und ihren Folgeerscheinungen geübt werde. Der Blick nach Großbritannien verdeutliche, dass die politisch Verantwortlichen rhetorisch auf emotionalisierende Sachverhalte der Einsamkeit zurückgriffen und Begriffe wie »soziale Isolation, fehlende Teilhabe oder bröckelnden gesellschaftlichen Zusammenhalt« bewusst vermieden, um den Bezug zu den eigentlich ursächlichen gesellschaftlich-strukturellen Bedingungen zu vermeiden: »Das große Austeritätsprogramm« der Konservativen Partei habe in Großbritannien zu massiven Kürzungen von Sozialleistungen und dann in der Folge zum Verlust der Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe geführt – insbesondere für sozial benachteiligte Gruppen. Die Politik verwende den Begriff der Einsamkeit, um von der eigenen Verantwortung für die soziale Isolierung der Bürger:innen abzulenken. Einsamkeit sei – so Simmank – »eine tückische Trenddiagnose«.

Zu Jahresbeginn 2018 erschien auch eine (populär-)wissenschaftliche Publikation von Manfred Spitzer, welcher schon mit dem Buchtitel »Einsamkeit. Die unerkannte Krankheit. Schmerzhaft. Ansteckend. Tödlich« nicht nur eine Emotionalisierung, sondern auch eine Pathologisierung der Gefühlslage der Einsamkeit zu beabsichtigen scheint. Spitzer pointiert die Verbreitung von Einsamkeit dahingehend, dass er diese als »Todesursache Nummer 1 in den westlichen Gesellschaften« beschreibt, welche wegen

der fortschreitenden Individualisierung und Singularisierung immer weiter zunähme und die Bezeichnung als »Megatrend« rechtfertige (Spitzer 2018: Klappentext). Um seine Aussagen zu belegen, führt Spitzer verschiedene – für die Einsamkeitsforschung relevante – Studien an (z.B. Petitte et al. 2015; Hawkley/Cacioppo 2010; Holt-Lunstad/Smith/Layton 2010; Holt-Lunstad et al. 2015). Trotz der empirischen Belege entbehrt das Buch nicht einer gewissen Polemik und Vereinfachung, die Beweislage bleibt an etlichen Stellen strittig und manche Rückschlüsse sind nicht nachzuvollziehen. Spitzers Kritik an der modernen Gesellschaft richtet sich vor allem auf die negativen Auswirkungen der Digitalisierung und der Nutzung der sozialen Netzwerke (ebd.: S. 117ff.), welche Menschen nicht »mehr oder besser miteinander verbunden, sondern einsamer« machen (ebd.: 142)[6]. Spitzer nennt zwei besonders gefährdete Altersgruppen: In der älteren Generation nähme die Einsamkeit aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung und der abnehmenden Bedeutung von Ehe und Familie zu (ebd.: 15ff.). Im jüngeren Alter hinge die Zunahme mit den gesellschaftlichen Entwicklungen der Urbanisierung und der Mediatisierung aller Lebensbereiche zusammen (ebd.: 17ff.). Hierzu führt er eine Metaanalyse von Twenge und Kasser (2013) an, welche Daten von insgesamt 13.737 Studierenden für die Jahre 1979 bis 2009 auswertet. Die Untersuchung belege einen Rückgang der Fähigkeiten zur Empathie und zur Perspektivübernahme. Außerdem belege die Studie auch eine zunehmende materialistische Einstellung sowie eine starke Zunahme narzisstischer Persönlichkeitszüge bei jungen Menschen (ebd.: 35ff.). Spitzer folgert daraus, dass im Zuge dieser Entwicklungen das mitmenschliche Mitgefühl und die Fürsorge abgenommen hätten und die Menschen nicht mehr so viel Wert auf Gemeinschaft legten. Dadurch bedingt nähme die Einsamkeit zu, welche auf Dauer aufgrund der Stressverursachung zu »chronischen und langfristig tödlich verlaufenden« Erkrankungen wie Hypertonie, kardiovaskulären Erkrankungen, Krebs oder psychischen Erkrankungen führen könne (ebd.: 143ff.). Die von Spitzer (ebd.: 216) abschließend formulierten Gegenmaßnahmen erscheinen jedoch, insbesondere bei chronischer Einsamkeit, unzureichend:

> »Alle Handlungen, die uns einander näherbringen, wirken gegen Einsamkeit. Einem Bedürftigen etwas geben, helfen, sich koordiniert bewegen (und zugleich gemeinsam Wohlklang erzeugen) sind solche Handlungen. Jeder Einzelne kann sich mehr um andere kümmern, und unsere Gesellschaft kann dem mehr Raum geben und für eine ›artgerechtere‹ – gemeinschaftsorientierte und damit menschlichere – Umgebung sorgen.«

Die Annahmen Spitzers wurden sowohl im medialen als auch im wissenschaftlichen Diskurs kritisch rezipiert (z.B. Simmank 2018 und 2020; Stremmel 2018). Einsamkeitsforscher:innen sprachen sich gegen eine Pathologisierung aus und betonten, dass Einsamkeit keine Krankheit, sondern eine mit Leidensdruck verbundene Gefühlslage bzw. »Erfahrung« sei (z.B. Lippke 2018; Schobin 2018: 46ff.; Luhmann 2018: 68ff.; ARD 2019). Vielfach wurde hervorgehoben, dass Einsamkeit per se nichts Schlechtes sei, sondern als

---

6 Entgegen dieser Meinung werden der Digitalisierung und der Nutzung sozialer Medien in der Forschung nicht nur negative, sondern durchaus auch positive Wirkungen zugeschrieben (vgl. Kapitel 5.4.5).

»Warnsignal« interpretiert werden könne, dass soziale Kontakte fehlen. Die aktuelle Debatte sieht den Umgang mit Einsamkeit – trotz deutlicher Differenzen in der Kontextualisierung – überwiegend als gesellschaftspolitische Aufgabe und nicht als individuell zu bewältigende Problemlage.

Seit Ausbruch der Corona-Pandemie zu Jahresbeginn 2020 erfuhr die gesellschaftliche Einsamkeitsdebatte neue Akzentuierungen: Wurden zuvor die gesundheitsschädigenden Auswirkungen von Einsamkeit in den Vordergrund gestellt, so werden Einsamkeit und soziale Isolation nun in stärkerem Maße als soziale und psychische Folgeerscheinungen der physischen wie sozialen Distanzierung zur Bekämpfung der Infektion bzw. zum Gesundheitsschutz thematisiert. In Bezug auf den gesellschaftspolitischen Diskurs ließe sich so der anfänglich zitierten epidemischen Einsamkeit pointiert die Einsamkeit der Pandemie gegenüberstellen. Die gravierenden körperlichen und psychischen Auswirkungen von (chronischer) Einsamkeit und sozialer Isolation werden nun in stärkerem Maße auch für jüngere Bevölkerungsgruppen beschrieben. In Japan hat sich infolge der Corona-Maßnahmen die Anzahl der Suizide – vor allem von Frauen – erheblich erhöht (Ziegler 2021). Die japanische Regierung reagierte auf diese Entwicklung mit der Ernennung eines Ministers für Einsamkeit.

5.3 Begriffliche Bestimmungen und Erscheinungsformen

> »Die Einsamkeit gehört zu den Grundsituationen des Lebens. Jeder einzelne ist mit ihr immer wieder konfrontiert. Sie bewegt sich wie andere Urerlebnisse und fundamentale Befindlichkeiten zwischen zwei Polen: auf der einen Seite die positive, schöpferische Einsamkeit, auf der anderen Seite die negative, die quälende Vereinsamung.«

Wilhelm Bitter (1967: 12) verweist darauf, dass es sich bei dem Gefühl von Einsamkeit um eine fundamentale menschliche Erfahrung handelt. Unabhängig von einem ansonsten sehr zufriedenstellenden Leben gibt es Situationen, kleine Momente im Leben, die allein bewältigt werden müssen, und in denen andere (vertraute) Menschen schmerzlich vermisst werden. Bitter siedelt das Phänomen auf einem Kontinuum zwischen zwei Polen an. Es sei möglich, die beiden Endpunkte – »positive, schöpferische Einsamkeit« und »negative, quälende Vereinsamung«– zu charakterisieren und eindeutig voneinander abzugrenzen. Die Bewältigung der ersten Form könne im günstigen Fall die Soziabilität des Einzelnen wie auch den Prozess der Selbstwerdung unterstützen. Im ungünstigen Fall könne Vereinsamung aber zu Bindungsunfähigkeit und sozialen Kontaktschwierigkeiten führen (ebd.: 13). Die Übergänge seien fließend, so dass unterschiedliche, schwer voneinander abzugrenzende Erscheinungsformen der Einsamkeit möglich sind.

Eberhard Elbing (1991: 7ff.) lehnt diese Unterscheidung von »positiver« und »negativer« Einsamkeit für den wissenschaftlichen Sprachgebrauch ab. Stattdessen plädiert er für eine Differenzierung von Alleinsein als objektivem Sachverhalt und Einsamkeit und Für-sich-Sein als psychische (negative und positive) Befindlichkeitszustände, da diese Bezeichnungen in stärkerem Maße Trennschärfe und Verstehen ermöglichen. Im wissenschaftlichen Sprachgebrauch haben sich Elbings Vorschläge nicht durchsetzen können.

Begriffsbestimmungen

Die obigen Ausführungen unterstreichen die Bedeutung einer eindeutigen Begriffsbestimmung und -verwendung. Daher wird das Phänomen Einsamkeit im Folgenden gegenüber den ›verwandten‹ Begriffen des ›Alleinseins‹, der ›Vereinsamung‹, der ›sozialen Isolation‹ und der ›sozialen Exklusion‹ abgegrenzt und in seiner Spezifität konturiert.

Wie von Elbing ausgeführt bezeichnet ›Alleinsein‹ einen objektiven Sachverhalt, dem jegliche affektive Komponente fehlt. Allein bedeutet ohne die Gesellschaft anderer Menschen zu sein. Erst in einen Kontext gesetzt, ergibt sich aus diesem objektiven Sachverhalt eine affektive Bewertung, dahingehend, ob der Zustand positiv oder negativ erlebt wird. Der Terminus ›einsam‹ hingegen impliziert eine subjektive Bewertung und besitzt immer eine affektive Dimension. Svendsen (2016: 25) unterstreicht: dass es sich bei ›allein‹ und ›einsam‹ sein um zwei distinkte Phänomene handelt, die sich logisch und empirisch voneinander unabhängig zeigen. ›Einsamkeit‹ bezieht sich auf einen subjektiv erlebten sozialen Mangel, wobei es für das Gefühl der Einsamkeit unerheblich ist, ob sich dieser Mangel auch objektiv bestätigen lässt. ›Alleinsein‹ und ›Einsamkeit‹ unterscheiden sich auch dadurch, dass im Zustand der Einsamkeit subjektiv oder objektiv die Wahlmöglichkeit fehlt. Der Einsame hat keine bewusste Entscheidung gegen soziale Kontakte getroffen. Das unfreiwillige Alleinsein belastet ihn.

Für die Bezeichnung des positiv erlebten physischen Alleinseins gibt es im Deutschen anders als im englischen Sprachraum keinen gesonderten Begriff, wo zwischen »solitude« mit (meist) positiver Zuschreibung, »loneliness« mit negativer Bedeutung und »lonesomeness« im Sinne einer Traurigkeit infolge des Alleinseins unterschieden wird (vgl. Elbing 1991: 7). Stattdessen werden im deutschen Sprachraum meist Umschreibungen zur Charakterisierung der Befindlichkeit verwendet.

Die Begriffe ›Einsamkeit‹ und ›Vereinsamung‹ werden bei Bitter noch zur Unterscheidung der positiv oder negativ erlebten Form des Alleinseins herangezogen. Im aktuellen Gebrauch und in dieser Arbeit werden die Termini meist synonym verwandt. Genau genommen bezeichnet Einsamkeit jedoch einen Zustand und Vereinsamung betont den Prozess – die Genese der Einsamkeit – sowie der Begriff »Vereinsamtsein« auch zur Kennzeichnung der »Schlussphase« verwandt wird (Carp 1967: 82).

In Forschungsarbeiten wird anstelle des Begriffs ›Alleinsein‹ überwiegend der Begriff der ›sozialen Isolation‹ verwendet, welcher dem der ›Einsamkeit‹ gleich- oder entgegengestellt wird (Buba/Weiß 2003: 14). Die mitunter synonyme Verwendung der beiden Termini deutet darauf, dass zumindest eine große inhaltliche Übereinstimmung angenommen wird. Autor:innen wie Townsend (1957, zit.n. Bungard 1975: 94) verwenden dagegen die Begriffe »sozial isoliert sein« und »einsam sein« mit der Betonung, dass diese klar voneinander zu unterscheiden sind (ebd.): »To be socially isolated is to have few contacts with family and community; to be lonely is to have an unwelcome feeling of luck or loss of companionship. The one is objective, the other subjective and, as we shall see, the two do not coincide.«

Die jeweiligen Definitionen der ›Einsamkeit‹ und der ›sozialen Isolation‹ erfolgen in den unterschiedlichen Publikationen sowohl nach externen (objektiven) und internen (subjektiven), quantitativen und qualitativen Indikatoren oder über die individuellen Folgen dieser Zustände als auch über Kombinationen dieser Ansätze (Buba/Weiß 2003:

14). In dieser Arbeit werden jedoch Darlegungen, die die beiden Konzepte nicht voneinander unterscheiden und beispielsweise »soziale Isolierung« als psychologisches Konstrukt mit subjektiven und objektiven Indikatoren operationalisieren (vgl. Laut/Viebahn 1987), nicht berücksichtigt. Stattdessen wird Buba und Weiß (2003: 15) beigepflichtet, dass es für Forschungszwecke angeraten ist, die beiden Konzepte ›soziale Isolation‹ und ›Einsamkeit‹ zu unterscheiden. Soziale Isolation bezieht sich auf den objektiven, Einsamkeit auf den subjektiven Aspekt der sozialen Lage (Schwab 1997: 24). Nur die Betroffenen können das Gefühl der Einsamkeit durch Selbsteinschätzung erheben und entsprechend mitteilen. Indessen sind Indikatoren für den objektiven Aspekt der sozialen Isolation empirisch ermittelbare Faktoren der sozialen Netzwerke (Anzahl der Personen im sozialen Umfeld, die Hilfe und Unterstützung geben können und wollen; Häufigkeit und Art der Kontakte; Fehlen enger Vertrauter; sozioökonomischer Status; (soziale) Mobilität) (Buba/Weiß 2003: 15). Puls (1989: 434f.) zählte zu diesen externen Faktoren auch Merkmale des Wohnumfelds. Objektive soziale Isolation und subjektive Einsamkeit können, müssen aber nicht zusammenfallen. De Jong Gierveld (1998: 2) verdeutlicht dies pointiert: »Persons with a very small number of relationships are socially isolated but they are not necessarily lonely, and vice versa«.

›Einsam zu sein‹ entspricht einer psychischen Befindlichkeit und ist nicht zwangsläufig an physisches Alleinsein gebunden, da sich der Einzelne auch in Gesellschaft anderer Personen einsam fühlen kann. Wird das Konstrukt der Einsamkeit zugrunde gelegt, geht es um den innerpsychischen Prozess. Mögliche Indikatoren für den subjektiven Aspekt sind das Erleben der Einsamkeit, Gefühle der Entfremdung sowie die negative Bewertung sozialer Beziehungen (Buba/Weiß 2003: 15). Äußere Faktoren – wie etwa ein sehr kleines soziales Netzwerk – reichen (allein) nicht aus, um Einsamkeit festzustellen, denn soziale Bedürfnisse unterscheiden sich: Manche Personen erleben sich trotz regelmäßiger Sozialkontakte ›einsam‹, andere sind mit wenigen – auch oberflächlichen oder zufälligen Kontakten – zufrieden[7]. Entscheidend für die Bestimmung der Einsamkeit ist die subjektive Bewertung der sozialen Beziehungen. Die enge Verbindung und wechselseitige Beeinflussung von Erleben und Kognition bzw. Attribution wird in der kognitiv-attributionstheoretischen Definition von Peplau und Perlman (1998: 571) berücksichtigt, welche das Gefühl der Einsamkeit als Folge einer subjektiv wahrgenommenen Diskrepanz zwischen erwünschten und tatsächlichen sozialen Beziehungen bestimmen: »A conceptual model positing that loneliness occurs when there is a significant mismatch or discrepancy between a person's actual social relations and his or her needed or desired social relations.« (Ebd.)

Wie hinsichtlich Anzahl und Intensität der sozialen Beziehungen empirisch fundierte Abstufungen der sozialen Einbindung bzw. der sozialen Isolation vorzunehmen sind, wird kontrovers diskutiert. Einigkeit besteht darin, dass maximale Isolation vorliegt,

7 Es gibt auch das Phänomen der »sozialen Anhedonie« (vgl. Svendsen 2016: 24f.): Die Betroffenen wünschen keinen bzw. nur sehr selten sozialen Kontakt und empfinden dabei keine »schmerzhafte Sehnsucht«. (Soziale) Anhedonie wird jedoch nicht im Rahmen durchschnittlicher sozialer Bedürfnisse verortet, sondern als pathologisches emotionales Erleben und als Symptom psychischer bzw. psychosomatischer Erkrankungen angesehen (Krüger 2000).

wenn eine Person ohne Netzwerk ist (Buba/Weiß 2003: 11). Die Bedürfnisse nach Sozialität und Alleinsein unterscheiden sich interindividuell: Auch die allgemeine Lebenssituation, das Lebensalter und die Persönlichkeit – ob ein Mensch eher extro- oder introvertiert ist – spielen eine Rolle (Riemann 1980: 25). Trotz des inhaltlichen Zusammenhangs bedeutet dies jedoch nicht, dass aus sozialer Isolation immer das Gefühl der Einsamkeit resultiert, und genauso wenig ist das Gefühl der Einsamkeit zwingend mit sozialer Isolation verbunden. Puls (1989: 24 und 79f.) geht jedoch über diese korrelativen Zusammenhänge hinaus und meint anhand eigener und fremder Untersuchungen belegen zu können, dass soziale Isolation meist die Ursache von Einsamkeit und nicht Gefühle von Einsamkeit die Ursache sozialer Isolation darstellen (vgl. Kapitel 6.2.2).

Auch die Begriffe ›soziale Exklusion‹ und ›Einsamkeit‹ weisen eine inhaltliche Schnittmenge sowie Unterschiede auf. Einsam zu sein, bedeutet einen Mangel hinsichtlich der Erfüllung der sozialen Bedürfnisse zu empfinden – sei es in qualitativer oder quantitativer Hinsicht. Die Erfahrung der Einsamkeit ist ein wichtiger Indikator für die subjektive Zufriedenheit mit der individuellen sozialen Integration. Wenn jemand nicht ›nur‹ eine enge Bezugsperson vermisst oder sich ungenügend in soziale Gruppen einbezogen fühlt, sondern sich auf gesellschaftlicher Ebene ausgeschlossen fühlt, so beschreibt dies das Erleben von sozialer Exklusion (Bude/Lantermann 2006; Böger/Wetzel/Huxhold 2017: 286). Der Begriff der sozialen Exklusion beschreibt die Beziehung zwischen Individuum oder Gruppen und der Gesellschaft, und es geht um deren Zugang zu und die Teilhabe an allen gesellschaftlichen Bereichen (Kuhlmann/Mogge-Grotjahn/Balz 2018: 12). Im Idealfall haben die Einzelnen in der Gesellschaft die Möglichkeit, ein »gutes Leben« nach eigenen Vorstellungen aktiv gestalten zu können (ebd.). Die Zugangsbeschränkungen beziehen sich auf unterschiedliche materielle (z.B. Einkommen, Erwerbsbeteiligung, Wohnen) und immaterielle Dimensionen (z.B. soziale und kulturelle Teilhabe, Gesundheit, Bildung) (Häußermann/Kronauer 2005: 598). Von sozialer Exklusion sind eher Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status (Einkommen, Bildung, Arbeitsstatus, soziale Position) betroffen (ebd.: 600). So kann materielle Armut zu einer sozial und gesellschaftlich exkludierten Situation führen (ebd.: 597): Die (subjektiv erlebte) soziale Exklusion ist stark durch Merkmale des sozioökonomischen Status beeinflusst (Bude/Lantermann 2006; Böger/Wetzel/Huxhold 2017: 287). Das Empfinden von Einsamkeit dagegen kann, muss aber nicht mit eingeschränkter oder fehlender politischer Partizipation und sozialer Teilhabe verbunden sein.

Im Zusammenhang mit kritischen Lebensereignissen und/oder einer dauerhaft sozial beeinträchtigten Lebenslage, welche sowohl auf die sozioökonomische Stellung als auch auf die soziale Integration negativ einwirken können, erscheint das gleichzeitige Erfahren von Einsamkeit und sozialer Exklusion als wahrscheinliches Risiko. Das Gefühl von Einsamkeit und das Empfinden sozialer Exklusion können sich wechselseitig verstärken (Böger/Wetzel/Huxhold 2017: 294ff.): Einerseits kann chronische Einsamkeit durch die Abnahme sozialer Kontakte zu einer Reduktion sozialer Ressourcen führen (Cacioppo/Fowler/Christakis 2009), wodurch die gesellschaftliche Teilhabe insgesamt erschwert wird. Andererseits ist es denkbar, dass Personen, die sich sozial exkludiert wahrnehmen, negative soziale Kognitionen entwickeln, welche das Gefühl der Einsamkeit evozieren oder verstärken. Die Verschränkung dieser beiden Erfahrungen kann

dazu führen, dass sich der Einzelne in einer Lebenslage befindet, die aus eigener Kraft nur schwer bewältigt werden kann (Böger/Wetzel/Huxhold 2017: 296).

Einsamkeit – ein Gefühl des Mangels an Gemeinschaft

Einsamkeit verweist auf das Erleben einer sozialen Insuffizienz. Näher betrachtet kann dieses Mangelgefühl durch das Fehlen einer engen Bezugsperson, durch ungenügende Integration in soziale Gruppen oder durch das Empfinden der gesellschaftlichen Exklusion bzw. die Kombination verschiedener Formen ausgelöst sein. Weiss (1973) bezeichnet die beiden ersten Formen mit emotionaler und sozialer Einsamkeit (»loneliness of emotional and social isolation«) und betont, dass der jeweilige Mangel nicht durch zufriedenstellende Beziehungen im anderen Bereich ausgeglichen werden kann – zumindest nicht umfänglich (vgl. Kapitel 6.2.1). Cacioppo et al. (2015) ergänzen die beiden Facetten der emotionalen und der sozialen Einsamkeit durch eine dritte, die sie »kollektive Einsamkeit« nennen, welche das Gefühl der fehlenden (identitätsstiftenden) Zugehörigkeit zu einer größeren Gemeinschaft oder zur Gesellschaft (z.B. Ehemaligenverein einer Hochschule, Handwerkerverband, Mitgliedschaft in einem Sportclub) bezeichnet (vgl. Luhmann/Bücker 2019; Cacioppo/Patrick 2011: 102ff.). In Bezug auf die obigen Ausführungen zum Verhältnis von Einsamkeit und sozialer Exklusion geht diese Arbeit von einer vierten (verschränkten) Form der Einsamkeit – der »Einsamkeit der sozialen Exklusion« aus (vgl. Kapitel 9).

Einsamkeit setzt einen gefühlten Mangel an Gemeinschaft voraus. Das Erleben eines Menschen, der sich aus eigener Initiative – selbstbestimmt – von anderen zurückzieht, ist mutmaßlich nicht vom belastenden Gefühl des Ausgeschlossenseins, sondern von zufriedenem Alleinsein bzw. Für-sich-Sein bestimmt. Einsamkeit dagegen bezeichnet eine deutlich negative Verlaufs- und Erlebensform, die durch die »Erfahrung der Vereinzelung, des Alleingelassenseins, des Nicht-Kontakt-finden-Könnens« bestimmt ist (Elbing 1991: 12). Elbing (ebd.) nennt als psychologische Merkmale dieser Gefühlslage: »Unfreiwilligkeit, Aufgezwungensein, Hilflosigkeit, Erfahrung eigener Schwäche, Selbstunsicherheit, Selbstabwertung, Auf-sich-Verwiesensein, Trennung vom eigenen Ich, emotionale Trennung von anderen sowie Sehnsucht nach sozialer Eingebundenheit und Wertigkeit«.

Diese Kennzeichnungen verweisen auf die Ohnmacht der Betroffenen, welche sich nicht dazu imstande sehen, aus eigener Kraft ihre soziale Situation zu wenden. Einsamkeit ist für Schwab (1997: 13) ein Indiz dafür, dass es dem Einzelnen nicht gelungen ist, ein ausgewogenes Verhältnis zur Gemeinschaft zu finden. Einsamkeit sei »ein Leiden des Individuums an der sozialen Umwelt, Ausdruck und Warnzeichen einer Beziehungsgestörtheit« (ebd.). Die psychologische Sicht von Elbing und Schwab betont die individuelle Kompetenz zur »Herstellung, Vertiefung und auch Lösung sozialer Beziehungen als ein Kennzeichen seelischer Gesundheit« (Strayhorn 1983, zit.n. Schwab 1997: 13) und stellt entsprechend die ›Unfähigkeit‹ in einen professionsbegründeten Zusammenhang zu klinisch-pathologischen Sachverhalten (Elbing 1991: 49). Die soziologische Perspektive betont dagegen nicht die individuellen, sondern die sozialen Aspekte für das Zustandekommen und versteht Einsamkeit als allgemeines gesellschaftliches Merkmal (ebd.; vgl. Elias 2002), welches die fehlende soziale Integration kennzeichnet.

Dauer der Einsamkeit

Die Neurowissenschaftler:innen und Sozialpsycholog:innen Cacioppo und Patrick (2011: XII und 7f.) vertreten die Annahme, dass Einsamkeit ein Gefühl des biologischen Warnsystems ist, um speziell vor »Schäden am sozialen Körper« zu sensibilisieren. Sie kritisieren die in den Sozialwissenschaften mehrheitlich vertretene Auffassung von Einsamkeit als »rein negativen Zustand ohne ausgleichende positive Eigenschaften« (ebd.). Mit der zunehmenden Dauer und Verstetigung des Einsamkeitserlebens nimmt jedoch die Wahrscheinlichkeit ab, dass die Gefühlslage als emotionales Warnsignal wahrgenommen wird und aktive Kontaktaufnahmen zu anderen hervorruft (vgl. ebd. »Teufelskreis der Einsamkeit«: 114).

Die Erscheinungsformen der Einsamkeit lassen sich – wie ausgeführt – hinsichtlich der Art des sozialen Mangels und des subjektiven Erlebens unterscheiden. Eine andere Möglichkeit der Differenzierung bezieht sich auf die Dauer des Gefühls bzw. der Gefühlslage: In dieser Lesart können vorübergehende (flüchtige), periodische (situative) und chronische Einsamkeit unterschieden werden. Die flüchtige Einsamkeit kann Menschen jeder Zeit überkommen, ganz gleich, ob sie gerade allein zu Hause oder aber von anderen Menschen umgeben sind. Sie ist eher als Stimmung zu charakterisieren, die für einige Minuten oder Stunden anhält und dann wieder verschwindet. Auslöser können alltägliche Belastungen wie Überforderungssituationen, Misserfolge oder Abschiede sein (Buba/Weiß 2003: 16), in denen eine nahestehende Person nicht unmittelbar verfügbar ist. Die vorübergehende Einsamkeit ist für die Betroffenen selten problematisch (ebd.).

Die periodische Einsamkeit tritt meist als Folge von markanten Lebensereignissen oder -passagen wie beispielsweise dem Tod einer nahestehenden Person, Trennung oder Scheidung, einer schweren Erkrankung, beruflichen Übergängen, dem Verlust des Arbeitsplatzes oder dem Ausscheiden aus dem Beruf auf. Periodische Einsamkeitsgefühle können auch durch eigentlich freudige Ereignisse wie den Umzug in eine andere Stadt oder den Beginn eines neuen Arbeitsverhältnisses ausgelöst werden (Bohn 2018: 133). Diese reaktive Form der Einsamkeit kann sehr schmerzhaft sein, ist aber durch die erfolgreiche Bewältigung des auslösenden Krisenereignisses und/oder das Eingehen neuer Beziehungen bzw. Bindungen handhabbar (Svendsen 2016: 21). Je nach Schwere des Krisenereignisses kann das Gefühl periodischer Einsamkeit einige Wochen, Monate (Buba/Weiß 2003: 16) oder bis zu einem Jahr fortbestehen und mit psychosomatischen Beschwerden verbunden sein (Bohn 2006: 26f.).

Falls die Bewältigung misslingt, kann sich das Einsamkeitsgefühl manifestieren und sich auf alle Ebenen des menschlichen Erlebens und Verhaltens auswirken. Je länger das Gefühl der Einsamkeit anhält, desto quälender und auswegloser wird es empfunden. Die einsamkeitstypischen Gedanken und Gefühle, die mit Selbstzweifeln und Minderwertigkeitsproblemen einhergehen können, verfestigen sich und tragen so zur Persistenz des belastenden Zustandes bei (Buba/Weiß 2003: 15). Anhaltende Einsamkeit hat negative Folgen für die körperliche Befindlichkeit, verändert das Verhalten der Betroffenen (ebd.) und bewirkt, dass die vorhandenen sozialen Kompetenzen seltener eingesetzt werden (Cacioppo/Patrick 2011: 15). Die sozialen Kognitionen können verzerrt sein und bewirken, dass die Perspektiven anderer – etwa deren Absichten – nicht mehr angemessen

eingeschätzt werden (ebd.: 18). Infolgedessen sind soziale Verhaltensweisen des ›Sonderlichen‹, des übertrieben Vertrauensseligen oder Misstrauischen möglich (ebd.), die allesamt den sozialen Kontakt erschweren und zu verstärktem sozialen Rückzug bzw. Ausschluss führen können. Cacioppo und Patrick (2011: 222f.; Cacioppo et al. 2015) sprechen von einem »Teufelskreis der Einsamkeit«, in dem die Betroffenen ›gefangen‹ sein können[8]: Der Gefühlszustand kann sich in einer Spirale von negativen Überzeugungen, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen verfestigen und verstärken. Die gewählten Coping-Strategien sind dysfunktional und beseitigen nicht den sozialen Mangel, sondern stabilisieren oder fördern diesen.

Darüber hinaus löst chronische Einsamkeit physiologische Prozesse aus, welche das Altern und körperliche Veränderungen beschleunigen können (ebd.: 6). Je länger Einsamkeit anhält, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass dieser Zustand aus eigener Kraft – ohne soziale Unterstützung – überwunden werden kann (ebd.: 42). Die Erfahrung von Einsamkeit ist vielschichtig und wirkt sich im Wohlbefinden, Erleben und Verhalten des Betroffenen aus: Einsamkeit hat kognitive, affektive, aktionale und körperliche Aspekte (vgl. Schwab 1997: 21f.).

Bedeutung frühkindlicher Bindungs- und Beziehungserfahrungen

Chronische Einsamkeit kann Folge der misslungenen Integration von Krisenerlebnissen sein. Das Gefühl kann jedoch auch unabhängig von eindeutigen Auslösern auftreten. Genauso ist es denkbar, dass das Gefühl der chronischen Einsamkeit auf (sequentielle) traumatische Erfahrungen in der (frühen) Kindheit zurückgeht (Bohn 2006: 27). Auch Manès Sperber (1980: 14) setzt Einsamkeit in einen Zusammenhang mit deprivierenden frühkindlichen Erfahrungen: »Menschen, die nicht lieben und nicht geliebt werden, jene, die nicht Freunde sind und nicht Freunde haben, sind einsam auch wenn sie nie allein sind. Folgenschwer ist die Einsamkeit ungeliebter, vernachlässigter Kinder.«

Die Bindungstheorie John Bowlbys (1969, 1973 und 1980), eines britischen Psychologen, Psychiaters und Psychoanalytikers, erklärt die emotionale Entwicklung über die gesamte Lebensspanne als Zusammenspiel intrapsychischer und interpersoneller Entwicklung (Beckh 2008: 7). Zentral ist das Konzept der Bindung, welche als fundamental für enge emotionale Beziehungen sowie die gesamte Entwicklung angesehen wird (ebd.). Den theoretischen Annahmen zufolge verfügen Menschen über ein angeborenes Bindungsverhaltenssystem, welches die Funktion hat – bei angenommenen oder tatsächlichen Gefahren – Verhaltensweisen zu aktivieren, welche dazu dienen, die Nähe zu engen Bezugspersonen aufrechtzuerhalten bzw. zu suchen, um so das Überleben zu sichern (ebd.). Im Verlauf der Entwicklung verändern sich die Auslöser so wie die Bindungs-Verhaltensweisen, aber die Funktion – das heißt die (Wieder-)Herstellung eines Gefühls von emotionaler Sicherheit – bleibt unverändert (ebd.). Auch wenn die Bindungstheorie annimmt, dass die inneren Arbeitsmodelle im Wesentlichen durch die Erfahrungen der ersten Lebensmonate gebildet werden, ging Bowlby dennoch nur von wahrscheinlichen Zusammenhängen zwischen früheren und späteren Erfahrungen aus und betonte, dass die gesamte Bindungsgeschichte wie auch aktuelle Entwicklungs-

8 Rubenstein und Shaver (1982, zit.n. Puls 1989: 257ff.) haben diese vergeblichen Versuche, der Einsamkeit zu entrinnen, in einer »abwärts gerichteten Spirale der Einsamkeit« dargestellt.

und Bindungsbezüge das individuelle Verhalten beeinflussen. Neue – abweichende – Erfahrungen führen zu einer Korrektur bzw. Erweiterung der intrapsychischen Organisation, nicht aber zu einer Löschung der früheren Erfahrungen (ebd.: 12). Insgesamt lässt sich festhalten, dass stark belastende Bindungs- und Beziehungserfahrungen in der frühen Kindheit das Risiko für Einsamkeit und soziale Isolation im Verlauf der weiteren Lebensspanne – zumindest statistisch gesehen – wahrscheinlicher machen, aber nicht determinieren.

Einsamkeit besitzt eine individuelle und eine soziale Dimension

Der spezifisch menschliche Dualismus oder Antagonismus führt dazu, dass sich Menschen sowohl zu anderen hingezogen fühlen als auch das Bedürfnis haben, Abstand einzunehmen, sich anderen zu entziehen und für sich allein zu sein. (Svendsen 2016: 22; Elbing 1991: 1ff.). Der Mensch ist zugleich ein Einzel- und ein soziales Wesen. Die Individualitäts- und Identitätsentwicklung ist von Geburt an in bestimmte soziokulturelle und gesellschaftliche Bezüge eingebunden und vollzieht sich in wechselseitigen Interaktionen mit dem sozialen Umfeld. Für ihre Entwicklung zu ausgereiften, selbständigen und sozial integrierten Persönlichkeiten sind die Einzelnen existentiell auf die Beziehung, Fürsorge, Pflege und Unterstützung anderer angewiesen. Im und durch den Vollzug sozialer Interaktionen vollzieht sich die körperliche, psychische, soziale und geistige Entwicklung wie auch der Spracherwerb der Heranwachsenden. Für das eigene Selbstbild werden die anderen benötigt: Im Spiegel der anderen gelingt eine eingehendere Erfahrung des eigenen Selbst (Svendsen 2016: 44).

Ein wesentlicher Aspekt des sozialen Bedürfnisses ist es, von anderen beachtet und gebraucht zu werden (Svendsen 2016: 221). Die Bestätigung des eigenen Werts und das Gefühl der Zugehörigkeit sind bedeutsam für das Empfinden der Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens (Baumeister/Leary 1995; Svendsen 2016: 220). Auch Elias (2002: 66) verweist darauf, dass der »Sinn des Lebens« von dem Einzelnen stark darüber definiert wird, welche Bedeutung er für andere besitzt. Einsamkeit trete dann auf bzw. verstärke sich, wenn der Einzelne erkennt, dass er für seine Mitmenschen ohne Bedeutung ist, und dass es für diese gleichgültig ist, ob er existiert oder nicht (ebd.: 67). Das Erleben von Einsamkeit kann die Überzeugung, ein sinnvolles Leben zu führen, nachhaltig beeinträchtigen.

Einsamkeit kann nur derjenige empfinden, der sich in Beziehung zum Sozialen – zur Gemeinschaft – setzt. Das Gefühl der Einsamkeit legt das subjektive Verhältnis zu anderen offen und deutet darauf hin, dass zumindest zeitweise Kontakt zu anderen Menschen vermisst wird. Bevor jedoch der Betroffene seine Befindlichkeit einem Gegenüber offenbaren kann, muss er sich dessen selbst bewusst geworden sein – was bei einer schambesetzten Emotion nicht immer gegeben ist (Svendsen 2016: 66). Für andere ist Einsamkeit – aufgrund einer Vielzahl unterschiedlicher Ausdrucksformen – nur dann unmissverständlich zu erkennen, wenn die Einsamen diese direkt benennen. Erschwerend kommt hinzu, dass der gesellschaftliche Umgang mit Einsamkeit durch einen »turn away« gekennzeichnet ist, infolgedessen das individuelle Eingeständnis erschwert und die soziale Unterstützungsbereitschaft reduziert sein können (vgl. Kapitel 6.4).

Es gibt kein spezifisches Einsamkeitsgefühl

Es gibt kein sicheres Anzeichen, welches unmissverständlich auf Einsamkeit deutet – weder im Ausdruck noch im Erleben (Bohn 2006: 22ff.). Das Gefühl der (andauernden) Einsamkeit ist auch deswegen so schwer zu bestimmen, da es mit anderen Gefühlen einhergeht, so z.B. mit Angst, Trauer, Scham oder Langeweile; auch die Gefühle der Sehnsucht und der Hoffnung können damit verbunden sein (Bohn 2006: 22 und 2018: 135; Svendsen 2016: 24). Die Befindlichkeit zeichnet sich dadurch aus, dass alle diese Gefühle einander wechselseitig beeinflussen, so dass nicht sicher zu sagen ist, ob sie Begleiterscheinungen, Ausdrucksformen oder Reaktionen auf Einsamkeit darstellen (ebd.).

Mit dem Gefühl der Einsamkeit kann auch das Gefühl des Scheiterns (Schwab 1997: 153) verknüpft sein. Dem Einsamen ist es nach eigener Einschätzung nicht gelungen, zufriedenstellende Beziehungen zu anderen einzugehen. Damit fehlt auch die Bestätigung und Anerkennung durch andere, Minderwertigkeitsprobleme können auftreten. Der soziale ›Misserfolg‹ kann als Stigma empfunden werden, Scham- und Schuldgefühle auslösen und das Offenlegen der belastenden Gefühlslage verhindern (Perlman/Joshi 1987: 65). In Folge kann dies zu weiterem Rückzug und zu sozialer Isolation führen. Die einsame Person fühlt sich nicht zugehörig, sondern verlassen und der Situation ohnmächtig ausgeliefert (Bohn 2006: 31).

Einsamkeit kann sich auch hinter körperlichen und psychosomatischen Beschwerden wie beispielsweise Unruhe, Müdigkeit, Niedergeschlagenheit oder Kopfschmerzen maskieren (ebd.: 22ff.). Das eigentlich ursächliche Gefühl der Einsamkeit ist hinter diesen Erscheinungen für das Umfeld kaum zu identifizieren. Wenn jedoch die Betroffenen erleben, dass niemand ihre Einsamkeit bemerkt, kann sich dadurch der Leidensdruck verstärken.

»Flucht vor der Einsamkeit«

Donald Winnicott (2002: 36ff.) beschreibt die Fähigkeit zum Alleinsein als eines der wichtigsten Kennzeichen emotionaler Reife. Winnicott stellt heraus, dass der Fähigkeit zum Alleinsein die Fähigkeit vorausgehe, in Anwesenheit eines anderen allein zu sein. Dies erscheint paradox – doch in Winnicotts Lesart kann nur durch die Fähigkeit des Alleinseins in Anwesenheit eines anderen das »personale Selbst« entdeckt werden. Die Fähigkeit des Alleinseins ist etwas anderes als Zurückgezogenheit bzw. der Rückzug aus einer Beziehung, die als zu bemächtigend erlebt wird. Der Unterschied besteht für Winnicott in dem Gefühl des Entspanntseins, welches im Zusammensein mit einem anderen erlebt wird. Winnicott betont, dass diese Fähigkeit die Erfahrung einer wiederholten, ausreichend guten »Bemutterung« voraussetzt, wodurch sich innere Zuversicht und das Vertrauen in eine wohlwollende Umwelt entwickeln. Diese Verinnerlichung ist die Voraussetzung für das vertrauensvolle Allein-sein-können. Auch andere Autor:innen unterstreichen die Bedeutung dieser spezifischen Kompetenz. Elbing (1991: 3f.) nennt die Fähigkeit zum Alleinsein ein »konstitutives Element der Sozialfähigkeit und -bedürftigkeit«. Marquard (1995) hat ein »Plädoyer für die Einsamkeitsfähigkeit« verfasst, die er als ein Zeichen der Mündigkeit ansieht, und behauptet, dass diese in der modernen Gesellschaft weitestgehend verlorengegangen sei. Svendsen (2016: 209f.) stimmt Marquard zu und wertet das andauernde Bedürfnis nach Ablenkung als »Zeichen emotionaler Un-

mündigkeit«. Schwab (1997: 13f.) hält es für plausibel, dass die Flucht vor der Einsamkeit vielfach die motivierende Kraft zur Teilnahme an sozialen Aktivitäten ist. Macho (2000, zit.n. Svendsen 2016: 210f.) beschreibt »Einsamkeit als Kulturtechnik« und nennt Strategien, die es ermöglichen, mit sich selbst in Gesellschaft zu sein.

Einsamkeit der Orte und Orte der Einsamkeit

Auf die Einsamkeit von urbanen »Nicht-Orten« weist der Anthropologe Marc Augé (1994) in seinen »Vorüberlegungen zu einer Ethnologie der Einsamkeit«. Augé unterscheidet »Orte« und »Nicht-Orte« in Bezug auf ihre Funktionalität und beschreibt die sozio-emotionalen Auswirkungen auf die Menschen und kontrastiert diese mit spezifisch menschlichen Bedürfnissen. Als »Nicht-Orte« charakterisiert er vor allem mono-funktional genutzte Flächen im urbanen und suburbanen Raum wie Autobahnen, Bahnhöfe, Flughäfen oder Supermärkte bzw. Einkaufszentren und Hochhaussiedlungen (ebd.: 88 und 94). Im Gegensatz zum »traditionellen« bzw. »anthropologischen« Ort wie beispielsweise einem Stadtzentrum mit gewachsenen soziokulturellen Bezügen (ebd.: 79ff.), fehlen den Nicht-Orten »Identität«, »Relation« und »Geschichte« (ebd., 92) und sie schaffen »Einsamkeit und Ähnlichkeit« (ebd.: 121). Es ist kennzeichnend für »Nicht-Orte«, dass sie menschliche Interaktionen und Kommunikationen begrenzen, erschweren oder verhindern, und dass sie den Menschen wenige oder keine Aneignungsmöglichkeiten bieten. Augé hat seine Ausführungen empirisch nicht untermauert.

Die Einsamkeitsforschung verweist zwar nicht explizit auf ›Orte der Einsamkeit‹, aber in einigen sozialwissenschaftlich ausgerichteten Arbeiten werden in der Betrachtung der gesellschaftlichen Ebene auch räumliche Faktoren – wie das Wohnumfeld – als ursächlich für Einsamkeit und/oder soziale Isolation angesehen (z.B. Puls 1989: 437), und damit auch ein Zusammenhang zwischen dem materiellen Raum und dem individuellen Wohlbefinden bzw. der sozialen Einbindung hergestellt.

Auch die Ergebnisse der Netzwerkforschung zu Nachbar:innenschaften wie auch die stadtsoziologische Forschung um soziale Ungleichheit, sozialräumliche Polarisierung und Segregation bestätigen Zusammenhänge zwischen sozialstrukturellen wie sozialräumlichen Faktoren und der individuellen Befindlichkeit bzw. der sozialen Lage – ohne jedoch explizit auf die Gefühlslage der Einsamkeit zu verweisen. Abhängig vom Wohnstandort variieren die strukturellen Rahmenbedingungen und die Möglichkeiten zur Nutzung des Raums im Allgemeinen sowie die örtliche Nachbar:innenschaft spezifische Gelegenheitsstrukturen für die Gestaltung sozialer Beziehungen bietet (Petermann 2015: 177ff.). Geringe Ressourcen des Wohnorts in Verbindung mit einer geringen Ressourcenausstattung der Anwohner:innenschaft – in Kombination mit einem verstärkten Angewiesensein auf die lokalen Strukturen – verstärken in Summe Prozesse des sozialen Rückzugs, der sozialen Isolierung und der Vereinsamung. Es ist daher nicht auszuschließen, dass sich die sozialräumliche Segregation auch in einer ›Segregation der Einsamkeit‹ hinsichtlich der inneren Befindlichkeit der Anwohner:innenschaft widerspiegelt, so dass es vor diesem Hintergrund auch berechtigt erscheint, nicht nur in einer metaphorischen, sondern in einer konkreten Bedeutung von Orten der Einsamkeit zu sprechen (vgl. Kapitel 9).

5.4 Vermessen der Einsamkeit – »Die im Dunkeln sieht man nicht«[9]

Einsamkeit ist eine subjektive Gefühlslage, die sich der objektiven Erschließung eher verbirgt als offenbart. Aufgrund der Vielschichtigkeit und weitgehenden Unsichtbarkeit ist Einsamkeit von außen nur schwer zu erkennen und zu bestimmen. Auch die Nähe und Verknüpfung mit anderen sozialen Phänomenen macht den Zugang nicht leichter. In der empirischen Erforschung zeigen sich wegen der Spezifika verschiedene Probleme – beispielsweise in der Probandenauswahl und in der Konstrukt-Operationalisierung.

5.4.1 Zugang und Auswahl der Stichprobe

Das erste Problem stellt sich hinsichtlich der Auswahl der Befragten: Wer kann angemessen über Einsamkeit Auskunft geben? Sind es grundsätzlich alle Personen, da Einsamkeit eine menschliche Grunderfahrung ist, oder aber sind es eher diejenigen, welche über flüchtige Erlebnisse hinaus intensivere Einsamkeitserfahrungen gemacht haben? Fällt die Entscheidung zugunsten einer allgemeinen (repräsentativen) Befragung, sind (zunächst) keine besonderen Schwierigkeiten bei der Auswahl auszumachen. Sollen jedoch Personen mit intensiver(er) Einsamkeitserfahrung befragt werden, so zeigen sich schon in der Erreichbarkeit Probleme. (Chronisch) einsame Personen leben tendenziell sehr zurückgezogen, nehmen nur eingeschränkt an gesellschaftlichen Bezügen teil und können demzufolge kaum ›entdeckt‹ werden. Außerdem kann es aus ethischen Gründen fragwürdig sein, die Auswahl auf diejenigen Personen(-gruppen) mit einer (vermuteten) erhöhten Vulnerabilität für Einsamkeit zu konzentrieren. Es ist davon auszugehen, dass gerade hoch einsame Personen angemessen – aus unmittelbarer Erfahrung – über den Gegenstand Auskunft geben können (Elbing 1991: 78ff.). In den Befragungen werden jedoch mehrheitlich Personen gewonnen, die soziale Kontaktversuche – und als solche ist auch das Gesuch im Rahmen einer Umfrage zu sehen – positiv beantworten. Es ist nicht auszuschließen, dass die Aussagen chronisch einsamer Personen in Befragungen fehlen, da es nicht gelingt, diese anzusprechen (Elbing 1991: 79). Es ist von einer hohen Dunkelziffer einsamer Personen auszugehen, die durch Befragungen nicht erreicht werden. Insbesondere chronische Einsamkeit richtet sich in einer ›Tabuzone‹ ein, so dass die tatsächliche gesamtgesellschaftliche Verbreitung der Einsamkeit und insbesondere der chronischen Einsamkeit durch Erhebungen nur in Auszügen widergespiegelt werden können (vgl. Bohn 2006: 159). Prozentangaben zum Auftreten der Problemlage sind folglich kritisch zu hinterfragen.

Wenn man dem entgegenstellt, dass diejenigen, die aktuell keine Einsamkeit erleben, »leichter, offener, differenzierter« über das Erleben von Einsamkeit Auskunft erteilen können, widerspricht dem der sogenannte »turn away-Effekt«, wonach sowohl einsame als auch nicht einsame Personen eher geneigt sind, sich von der Thematik abzuwenden und sich nicht offen über (ihre) Einsamkeit äußern wollen (Elbing 1991: 80). Die

9 »Die im Dunkeln sieht man nicht« ist ein Zitat aus der Dreigroschenoper von Bertolt Brecht. Das vollständige Zitat lautet: »Denn die einen sind im Dunkeln, und die andern sind im Licht, und man siehet die im Lichte, die im Dunkeln sieht man nicht«.

Untersuchungen von Weiss (1973, zit.n. ebd.) bestätigen, dass Personen auch rückblickend nicht gerne über ihre Einsamkeitserfahrungen sprechen. Weiss begründet dies mit der Bedrohung des gegenwärtigen psychischen Wohlbefindens allein durch die Erinnerung an die Phase der Einsamkeit, wodurch es zu Reaktionen der »Verweigerung, Verzerrung oder Beschönigung der Erinnerung« kommen könne. Das Selbstkonzept sei abhängig vom Erleben bzw. Nicht-Erleben von Einsamkeit jeweils ganz unterschiedlich strukturiert.

Damit ist ein weiterer Hinweis auf mögliche Antwortverzerrungen bei der Erhebung von Einsamkeit gegeben. Für alle Befragten ist anzunehmen, dass die Neigung zu sozial erwünschtem Antwortverhalten und sozialer Selbstdarstellung hoch sein dürfte (Puls 1989: 74f.; Elbing 1991: 85), da das Eingeständnis der eigenen Einsamkeit schambesetzt ist (Elbing 1991: 14; Bohn 2006: u.a. 14f.; Svendsen 2016: 214ff.) und die Thematik unbewusste Abwehrreaktionen auslösen kann (Elbing 1991: 79). Bannwitz (2009: 65) nimmt für eine Befragung im Rahmen des Alterssurvey des Jahres 2002 an, dass sich unter den ›Antwortverweigernden‹ ein überdurchschnittlich hoher Anteil einsamer Personen befunden hat.

Die Ergebnisse von Befragungen sind vor dem Hintergrund angenommener nicht repräsentativer Stichproben und systematischer Antwortverzerrungen grundsätzlich mit Vorsicht zu rezipieren – insbesondere hinsichtlich der Aussagen zu chronischer Einsamkeit.

5.4.2 Messinstrumente

Das Gefühl der Einsamkeit kann nicht direkt und objektiv beobachtet werden, sondern nur über Äußerungen von Betroffenen oder durch theoretisch begründete Schlussfolgerungen festgestellt werden (Elbing 1991: 78f.).

In Befragungen wird Einsamkeit auf zwei verschiedene Arten gemessen: »direkt« oder »indirekt« (Luhmann 2018: 69). »Direkt« bedeutet, dass in der Fragestellung das Adjektiv ›einsam‹ oder das Nomen ›Einsamkeit‹ verwandt werden. Bei dieser Form der Befragung ist es nicht auszuschließen, dass aufgrund einer möglichen Abwehr bzw. befürchteten Stigmatisierung das Ausmaß der erlebten Einsamkeit verfälscht angegeben wird (ebd.). Bei der »indirekten« Befragung dagegen werden mehrere Fragen zur subjektiven Wahrnehmung der sozialen Kontakte gestellt, ohne jedoch die Begriffe selbst zu verwenden. Die Ergebnisse zwischen den Erhebungsformen weichen häufig voneinander ab (ebd.; Nicolaisen/Thorsen 2014). Deswegen ist auch das Zusammenfassen von Studien mittels ungleicher Erhebungsformen hinsichtlich der Aussagekraft durchaus kritisch zu sehen.

Im Verlauf der Jahrzehnte sind unterschiedliche Tests entwickelt worden, um Einsamkeit zu quantifizieren. Das Verfahren der *UCLA Loneliness Scale* mit 20 Items (Russel/Peplau/Cutrona 1980) wurde besonders häufig angewandt, aber auch kritisiert[10]. Hughes et al. (2004: o. S.) adaptierten die *UCLA Loneliness Scale* und reduzierten den Umfang

10 Die Kritik geht dahin, dass der Test speziell für amerikanische Studierende entwickelt wurde und die Übertragbarkeit auf andere Gruppen fraglich ist. Außerdem werden die Antwortmöglichkeiten wie »nie«, »selten«, »manchmal« oder »oft« als zu vage und subjektiv interpretierbar bezeichnet.

für telefonische Erhebungen auf drei Fragen, welche mit »so gut wie nie«, »manchmal« oder »häufig« beantwortet werden können: 1. Wie oft empfinden Sie, dass Ihnen ein anderer Mensch fehlt? 2. Wie oft fühlen Sie sich verlassen? 3. Wie oft fühlen Sie sich von anderen isoliert?

Es gibt auch komplexere Testverfahren wie beispielsweise die *de Jong Gierveld Loneliness Scale* (de Jong Gierveld/van Tilburg 1999), welche das Einsamkeitsphänomen multidimensional (Bewertungsdimension, Dimension der Deprivationserfahrung, Zeitdimension) zu erfassen suchen. Die verschiedenen Ausprägungsgrade dieser Dimensionen erlauben vielfältige Kombinationsmöglichkeiten der Ausdrucksform erfahrener Einsamkeit. Die Festlegung erfolgt im methodisch vorgegebenen Rahmen durch den Befragten selbst (Elbing 1991: 34). De Jong Gierveld (1978, zit.n. Puls 1989: 73f.) sieht es für solche teilstrukturierten Befragungen als relevant an, dass es den Interviewer:innen gelingt, ein Vertrauensverhältnis zu den Befragten aufzubauen. Deswegen sollte die Dauer der Gespräche nicht zu eng bemessen sein, und nach Möglichkeit sollten mehrere Kontakte erfolgen, da im zeitlichen Verlauf der Interviews die Bereitschaft zunähme, über Einsamkeitsgefühle zu sprechen.

Puls (1989: 74) schließt nicht aus, dass die üblichen Messinstrumente zur Erhebung von Einsamkeit im Gegensatz zum Verfahren von de Jong Gierveld »auf einer recht oberflächlichen Ebene verhaftet« bleiben. Svendsen (2016: 84) zweifelt grundsätzlich eine hohe Aussagekraft der entwickelten Messinstrumente an und glaubt auch nicht, dass es gelingen wird, präzise(re) Verfahren zu entwickeln, da es sich bei Einsamkeit um ein subjektives Gefühl handele, welches sich der objektiven Betrachtung entziehe. Das Phänomen selbst ließe dies nicht zu (ebd.: 85). Svendsen rät, die vorhandenen Testverfahren zu nutzen und sich der Limitationen bewusst zu sein. Die Quantifizierung könne nicht objektiv erfolgen und daher sei es ratsam, alle Häufigkeitsangaben mit Vorsicht zu betrachten.

Hinsichtlich quantitativer Messinstrumente ist Svendsen zuzustimmen, für qualitative Interviews wird jedoch angenommen, dass das (zurückliegende und aktuelle) Einsamkeitserleben in der von de Jong Gierveld beschriebenen Weise rekonstruiert werden kann. Auch Puls (1989: 77) unterstreicht, dass die quantitative Sozialforschung bei der Untersuchung von Einsamkeit und sozialer Isolation »an ihre immanenten Grenzen stößt und ihrer Ergänzung durch qualitative Untersuchungen bedarf, die unter Verzicht auf standardisierte Erhebungstechniken der Offenheit und Unvoreingenommenheit im Forschungsprozess einen größeren Raum belassen«.

Im nächsten Kapitel werden die Ergebnisse unterschiedlicher Einsamkeitserhebungen der Nachkriegszeit in (West-)Deutschland vorgestellt. Deren partielle Widersprüchlichkeit kann auch als Beleg für die Beschränkungen der Messinstrumente gewertet werden.

5.4.3 Erhebungen auf Länderebene

In Deutschland wurden die ersten Umfragen nach dem zweiten Weltkrieg durchgeführt. Schwab (1997: 16) verweist auf zwei Erhebungen aus den Jahren 1949 (Allensbach) und 1992 (Emnid), welche einen Anteil von 19 bzw. fünf Prozent an einsamen Personen erhoben ha-

ben[11]. Somit scheint die Zahl einsamer Personen in diesem Zeitraum gesunken zu sein. Auch Döring (1997: 8f.) konstatiert Ende der 1990er Jahre im Verweis auf repräsentative Bevölkerungsumfragen, dass die Belastung mit Einsamkeit seit den 1970er Jahren nicht zugenommen habe. Puls (1989: 361) stellt am Ende seiner Untersuchung über die Entwicklung der 1980er Jahre ebenfalls resümierend fest, dass das Auftreten der Einsamkeit entgegen der allgemeinen Darstellung nicht dramatisch zugenommen habe, sondern auf niedrigem Niveau verharre. Im Fazit seiner Analyse hebt Puls den Widerspruch zwischen den Erzählungen zur Einsamkeit und den empirischen Daten hervor.

Wie aber hat sich das Vorkommen bzw. das Einsamkeitsempfinden von Befragten seit der Jahrtausendwende in Deutschland entwickelt? Ein Blick auf aktuelle Erhebungen zeigt ein gemischtes Bild. Im Jahr 2014 ergab die Online-Befragung von 1200 Personen im Alter von 16 bis 85 Jahren im Auftrag eines deutschen Marktforschungsinstituts, dass es im Vergleich zu einer Studie von Döring und Bortz von 1993, welche mit derselben Erhebungsmethode gearbeitet hatte[12], im Jahr 2014 in Deutschland »deutlich mehr einsame Menschen […] als noch vor zwanzig Jahren« gäbe (*Harris interactive* 2015)[13]. Nur 37 Prozent der Befragten fühlten sich »überhaupt nicht einsam«, 20 Prozent »leicht«, 23 Prozent »mittel« und 20 Prozent »stark einsam«. Von Einsamkeit betroffen seien »altersunabhängig eher Männer, Alleinlebende und Beschäftigungslose«; wobei alle diese Gruppen überdurchschnittlich häufig schlechte Beziehungen zur Familie angaben (ebd.). Im Jahr 2017 ergab eine weitere repräsentative Befragung von 1.039 Personen im Alter von 18 bis 70 Jahren eines anderen Marktforschungsinstituts, dass sich zwölf Prozent der Teilnehmer:innen »häufig« oder »ständig einsam« fühlen (Splendid research GmbH 2017).

Die Langzeit-Daten des Deutschen Alterssurvey von 1996 bis 2014 (Mahne et al. 2017; vgl. Böger/Wetzel/Huxhold 2017), welche im Jahr 2014 auf einer repräsentativen Befragung von ca. 6000 Menschen in der zweiten Lebenshälfte (40 bis 85 Jahre) beruhen, weichen hiervon deutlich ab. Danach hat sich von 1996 bis 2002 der Anteil »einsamer« Personen bedeutsam reduziert und ist danach nahezu stabil geblieben (1996: 10,7 %/2002: 7,7 %/2008: 8,7 %). Im Jahr 2014 betrug der durchschnittliche Anteil der »einsamen« Personen 8,9 Prozent (ebd.). Altersdifferenziert ist der Anteil der durch Einsamkeit Belasteten insbesondere bei den ›Jüngeren‹ (42–47 Jahre: 10 %/48-53 Jahre: 8,5 %/54-59 Jahre: 11,9 %) und bei den Ältesten (78–83 Jahre: 8,2 %) besonders hoch. Die Daten des Alterssurvey deuten zudem auf geringe geschlechtsspezifische, aber auf deutliche sozioöko-

11 Mittels welcher Fragen die Erhebungen die Daten gewonnen haben, und wie diese dann ausgewertet wurden, ist unbekannt. Möglicherweise ist eine Vergleichbarkeit aufgrund unterschiedlicher Designs problematisch.

12 Revidierte UCLA Loneliness Scale (Döring/Bortz 1993).

13 Die Ergebnisse dieser Umfrage sind jedoch wegen der Form der Erhebung skeptisch zu sehen. Der Zeitpunkt der Umfrage ist zu kritisieren; die Befragung erfolgte in der Weihnachtszeit (23. bis 31.12.2014). Es ist möglich, dass sich viele Befragte in dieser Zeit einsamer fühlten bzw. die eigene Befindlichkeit bewusster wahrnahmen. Außerdem waren die Altersgruppen ungleich vertreten; die letzte Gruppe umfasste diejenigen, die älter als 69 Jahre alt waren. Aussagen zu Alterstrends sind somit problematisch. Die Befragung erforderte einen Online-Zugang, was wiederum gewisse materielle wie soziokulturelle Ressourcen voraussetzte.

nomische Unterschiede im Auftreten von Einsamkeit[14]: Im Jahr 2014 gaben 14,7 Prozent der Menschen mit niedriger Bildung Einsamkeitsgefühle an, aber nur 7,3 Prozent derjenigen mit hoher Bildung. Bei Personen mit Armutsstatus waren es sogar 19,7 Prozent im Vergleich zu 7,9 Prozent der Personen, die nicht in Armut leben (ebd.).

Die bislang zitierten Erhebungen beschränkten die Befragung auf bestimmte Altersgruppen oder bezogen sich auf relativ kleine Stichproben. Im Unterschied hierzu hat die Studie von Luhmann und Hawkley (2016) das Einsamkeitsempfinden von 16.132 erwachsenen Deutschen im Alter ab 17 Jahren untersucht. Die Wissenschaftler:innen werteten dazu Daten des *SOEP* des Jahres 2013 aus, da zu diesem Zeitpunkt erstmals drei Fragen zur Einsamkeit in den Katalog aufgenommen wurden[15]. Die Ergebnisse belegen, dass Einsamkeit in allen Altersgruppen auftritt. Nicht nur Ältere über 80 Jahre, sondern auch Personen um die 35 Jahre sowie um die 60 Jahre empfinden überdurchschnittlich häufig Einsamkeit (Luhmann 2018, 71f.). Zu Beginn des Ruhestands fühlt sich dagegen ›nur‹ jeder Zehnte betroffen, und mit ca. 75 Jahren erreicht die empfundene Einsamkeit einen Tiefpunkt sowie auch Personen um die 40 Jahre geringere Einsamkeitswerte zeigen (ebd.). Ein aktueller Bericht (Orth/Eyerund 2019) nimmt Bezug auf die Daten des *SOEP* des Jahres 2017 und stellt fest, dass im Vergleich zu dem Jahr 2013 ein leichter allgemeiner Rückgang des Einsamkeitsempfindens zu verzeichnen sei: von 10,5 Prozent auf 9,5 Prozent. Der personenbezogene Vergleich zeige, dass die Mehrheit der Befragten im Zeitraum 2013 bis 2017 keine Veränderung, ca. ein Drittel eine Verringerung und ein Viertel dagegen eine Zunahme ihres Einsamkeitsempfindens angaben. Was das Alter anbelangt, so seien die Werte bei Älteren über 60 Jahre weiterhin erhöht, aber tendenziell zeigten die jüngeren Altersklassen bis 39 Jahre die höchste Steigerung (ebd.: 2).

Diese Ergebnisse stehen teils im Widerspruch zu internationalen Überblicksartikeln bzw. Meta-Analysen (Pinquart/Sörensen 2003; Qualter et al. 2015), die erhöhte Einsamkeitswerte vor allem bei zwei Altersgruppen fanden: bei jungen Erwachsenen unter 30 Jahren und im hohen Alter von mehr als 80 Jahren. Eine europäische Überblicksstudie (Yang/Victor 2011) bestätigte die Altersunterschiede zwischen verschiedenen europäischen Ländern und konstatierte, dass die Mehrheit der Untersuchungen die höchsten Niveaus in der Jugend und im Alter und das niedrigste Niveau in der Phase der Berufstätigkeit festgestellt haben. Außerdem gibt diese Studie den Hinweis, dass sich die Form der Einsamkeit anscheinend altersabhängig unterscheidet: Bei jüngeren dominiert die soziale, bei älteren Menschen die emotionale Einsamkeit (Victor/Yang 2012).

---

14 Da im Alterssurvey keine Daten zu Personen über 85 Jahren erhoben werden, liegt hier sicherlich eine Schwachstelle der Erhebung. Mittlerweile hat die Altersgruppe der Personen über 85 Jahren einen Anteil von 2,7 Prozent an der deutschen Bevölkerung (Stand 2017).

15 Auszug aus dem Innovation Sample (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) 2015): »Q68 Ich lese Ihnen jetzt ein paar Aussagen vor. Bitte geben Sie jeweils an, ob Sie sich oft, manchmal, selten oder nie so fühlen wie beschrieben. (Antwortmöglichkeiten: 1 – oft, 2 – manchmal, 3 – selten, 4 – nie, 5 – keine Angabe)

a. Wie häufig haben Sie das Gefühl, dass Ihnen die Gesellschaft anderer fehlt?

b. Wie häufig fühlen Sie sich sozial isoliert?

c. Wie häufig haben Sie das Gefühl, außen vor zu sein?«

Luhmann (2018: 68) bescheinigt, dass internationale Ergebnisse für die Altersunterschiede beim Auftreten von Einsamkeit in Deutschland nur begrenzt gültig sind[16]. Die Gründe hierfür seien jedoch unklar. Was den Ländervergleich anbelangt, so deuten die meisten Studien darauf hin, dass kollektivistische Gesellschaften höhere Einsamkeitsniveaus haben als individualistische: Südeuropäische Länder wie Italien, Griechenland und Portugal sowie osteuropäische Länder haben höhere Einsamkeitswerte als nord- und westeuropäische Länder (Yang/Victor 2011; Svendsen 2016, 93). Aber auch von dieser Regel gibt es Ausnahmen: So zeigt Japan, ein stark kollektivistisch geprägtes Land, weltweit die höchsten Einsamkeitsniveaus (Svendsen 2016: 73f.). Und eine aktuelle vergleichende Studie (Randall et al. 2019) zeigt hinsichtlich der benannten Trends sowohl Übereinstimmungen als auch Widersprüche in den europäischen Staaten: Frankreich, Ungarn, Belgien, Rumänien und auch Griechenland weisen überdurchschnittliche Einsamkeitswerte auf, geringe Werte finden sich in Dänemark, Finnland, Irland, den Niederlanden und Slowenien. Länder wie Deutschland, Großbritannien, Österreich, Tschechien und Estland weisen mit ca. sechs Prozent »häufig einsamer« Personen ähnliche – unter dem EU-Durchschnitt liegende – Werte auf (ebd.: 7).

Die verfügbaren empirischen Daten zur Entwicklung der Einsamkeit infolge der Corona-Pandemie weisen auf einen Anstieg des Einsamkeitserlebens in Deutschland seit März 2020 im Vergleich zu den Vorjahren – in allen Bevölkerungsgruppen und vor allem bei jüngeren Personen und bei Frauen (Entringer et al. 2020; *SOEP-CoV*[17]; *DZA* 2021). Auch internationale Befragungen bestätigen mehrheitlich einen Anstieg der Einsamkeit im Vergleich der Zeit vor und während der Pandemie (Bücker 2021: 10).

5.4.4 Einsamkeit und Gesundheit

Wie ausgeführt lässt sich Einsamkeit nicht eindeutig von anderen sozialen Phänomenen abgrenzen wie auch die empirische Untersuchung mit besonderen Schwierigkeiten im Zugang verbunden ist. Daher werden zur Beschreibung des Gesamtkontexts möglicher gesundheitlicher Auswirkungen auch einzelne Ergebnisse und Hinweise berücksichtigt, die sich nicht explizit auf Einsamkeit, sondern auf soziale Isolation, soziale Exklusion, soziale Zurückweisung und sozialen Schmerz oder auch auf die Bedürfnisse nach Zugehörigkeit, sozialer Resonanz und Anerkennung – beziehen.

In Anlehnung an *Maslows Bedürfnishierarchie* gehen Baumeister und Leary (1995) von einem angeborenen und universellen Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Akzeptanz aus, welches interindividuell unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann. Für die Erfüllung dieses Bedürfnisses sind Qualität und Quantität der sozialen Beziehungen entscheidend. Wenn enge soziale Bezüge fehlen oder abbrechen und auch, wenn sich Personen ausgeschlossen fühlen, erschüttert dies das emotionale wie körperliche Wohlbefin-

16 Luhmann und Hawkley (2016) stellten im Ländervergleich Deutschland und USA ebenfalls Unterschiede hinsichtlich des Auftretens von Einsamkeit in den Lebensphasen fest, deren Ursachen jedoch noch untersucht werden müssten.

17 Informationen zum Projekt sowie Veröffentlichungen der Projektergebnisse sind abrufbar unter:https://www.diw.de/de/diw_01.c.785843.de/dossier/dossier_soep-cov.html

den, die Fähigkeit zur Selbstregulation in sozialen Interaktionen und die kognitiven Funktionen (ebd.; Baumeister/Twenge/Nuss 2002; Hughes et al. 2004).

Das Empfinden eines sozialen Mangels bedeutet ›soziale Schmerzen‹ zu haben. Neurobiologische Untersuchungen bestätigen, dass physischer und emotionaler Schmerz nahe beieinander liegen, und dass positive soziale Resonanz im limbischen System durch Ausschüttung entsprechender Neurotransmitter Wohlgefühle bis hin zur Euphorie auslöst (Bauer 2006). Dementgegen entspricht der Schmerz, den ein Mensch bei sozialer Zurückweisung, verletzenden Sozialkontakten oder sozialer Isolation empfindet, dem einer physischen Verletzung (Panksepp 2003; Eisenberger/Lieberman/Williams 2003; Bauer 2011). Der Ausdruck »social pain« wird in der aktuellen Debatte vielfach verwendet, beispielsweise von MacDonald und Leary (2005), Dewall et al. (2010), Cacioppo und Patrick (2011) oder Eisenberger (2012). Untersuchungen zeigen, dass Schmerz-Medikamente auch das Gefühl des sozialen Schmerzes reduzieren (MacDonald/Leary 2005; Dewall et al. 2010). Vice versa belegen verschiedene Studien, dass soziale Unterstützung und das Gefühl der Zugehörigkeit sowohl physische als auch soziale Schmerzen reduzieren (Master et al. 2003; Masten et al. 2012).

Stimmungen und Gefühlslagen können im sozialen Kontakt übertragen werden (Schobin 2018: 50). Dies gilt auch für Einsamkeit: Die *Framingham Heart Study* (Cacioppo/Fowler/Christakis 2009) belegt, dass es möglich ist, dass einsame ihre Befindlichkeit auf bekannte Personen übertragen. Es handelt sich dabei um eine seit dem Jahr 1948 durchgeführte prospektive, bevölkerungsbezogene Langzeit-Kohorten-Studie mit ca. 5.000 Teilnehmer:innen in der US-amerikanischen Kleinstadt Framingham in Massachusetts. Die Untersuchung hatte ursprünglich nur das Ziel, Risikofaktoren für koronare Herzerkrankungen zu identifizieren. Seit dem Jahr 1971 werden zusätzlich die sozialen Netzwerke wie auch die subjektive Zufriedenheit mit den verwandtschaftlichen, freundschaftlichen, nachbarschaftlichen und beruflichen Beziehungen erfragt, wodurch der soziale Mikrokosmos der Kleinstadt sehr differenziert abgebildet wird und die »Topographie« der Einsamkeit in den sozialen Netzwerken wie auch die Ausbreitung der Einsamkeit nachverfolgt werden kann (ebd.).

Im Ergebnis schließt das Forscher:innenteam auf einen sich wechselseitig verstärkenden Zusammenhang zwischen der individuellen Gefühlslage und den sozialen Netzwerken. »Einsame« Personen werden seltener von anderen als »Freunde« benannt und benennen umgekehrt auch selbst seltener »Freunde«. Wer viele soziale Kontakte hat, lernt tendenziell weitere Personen kennen – und zwar bevorzugt solche mit einem großen Netzwerk. Personen mit wenigen Kontakten neigen hingegen dazu, mit der Zeit immer einsamer zu werden. Mit anhaltender Dauer der Einsamkeit fällt es den Betroffenen immer schwerer, anderen zu vertrauen und neue soziale Kontakte zu knüpfen. In ihrem sozialen Umfeld gibt es andererseits die Tendenz, sich von ihnen zu distanzieren bzw. sie auszuschließen. Dieses Verhalten kann auch als Strategie gegen die emotionale »Ansteckung« verstanden werden (ebd.). Denn die Einsamkeit des Einzelnen ist nicht nur eine individuelle Angelegenheit, sondern kann sich auch auf dessen Netzwerk übertragen und sogar nicht einsame und solche Personen betreffen, die dem Einsamen selbst nicht bekannt sind. Es besteht die sogenannte »dritte-Grad-Regel«: Wenn der direkte »Freund« einsam ist, besteht eine um 52 Prozent erhöhte Wahrscheinlichkeit, selbst auch einsam zu sein (ebd.). Die Wahrscheinlichkeit einsam zu sein, überträgt sich auch, wenn

der »Freund eines Freundes« einsam ist, und auch, wenn der »Freund eines Freundes eines Freundes« einsam ist. Die Wahrscheinlichkeit, selbst einsam zu sein, nimmt mit jeder Verbindung ab. Die Größe des Effekts für Personen mit zwei Trennungsgraden beträgt 25 Prozent und für Personen mit drei Trennungsgraden 15 Prozent, ab vier Trennungsgraden verschwindet der Effekt (ebd.).

Die Ansteckung der Einsamkeit kann demnach über Dritte und sogar über mehrere Zwischenglieder eines sozialen Netzwerks erfolgen. Die Effektstärke der Übertragung nimmt zudem mit der Intensität der Beziehung und der räumlichen Nähe zu. Ausnahme sind Verwandtschaftsbeziehungen: Familienmitglieder erhöhen und reduzieren die eigene Einsamkeit nicht, auch wenn sie in der Nähe wohnen. Außerdem sind Frauen in höherem Maße als Männer von Übertragungen betroffen sowie die Einsamkeit unter Frauen ›ansteckender‹ ist als die unter Männern (ebd.). Das Forscherteam begründet die gefundenen Effekte mit dem sozialpsychologischen Prozess der »Induktion« (ebd.). Die »Induktionshypothese« geht davon aus, dass die emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Folgen der Einsamkeit einer Person in sozialen Netzwerken mittels Interaktion und Kommunikation übertragen werden und zur zwischenmenschlichen Weiterverbreitung der Einsamkeit auf andere beitragen bzw. diese verursachen (ebd.).

Die Zustände chronischer Einsamkeit bzw. sozialer Isolation sind – negativ und belastend erlebt – stressauslösend und versetzen die Betroffenen in einen dauernden Vigilanz-Zustand (Cacioppo 2010; Cacioppo/Patrick 2011). In der Folge ist das Risiko für psychische und physische Erkrankungen deutlich erhöht. Aufgrund des chronischen Stresses erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für eine Reihe chronischer und langfristig tödlich verlaufender Krankheiten wie Bluthochdruck, Stoffwechselstörungen (Übergewicht, Diabetes), und Gefäßleiden (Schlaganfall, Herzinfarkt) sowie das Risiko für Schlafstörungen, Depressionen, Lungen- und Infektionskrankheiten oder dementielle bzw. kognitive Beeinträchtigungen (Hawkley/Cacioppo 2010; Petitte et al. 2015; Valtorta et al. 2016).

Cacioppo und Patrick (2011: 127ff.) benennen fünf empirisch belegte und einander überschneidende »Wege« bzw. Umgangsweisen im Kontext der Einsamkeit, welche der Gesundheit schaden wie auch infolgedessen die Morbidität und Mortalität erhöhen können. 1. Im mittleren und höheren Lebensalter zeigen einsame Personen eher gesundheitsschädliche Verhaltensweisen (z.B. Bewegungsmangel, überdurchschnittliche Kalorienzufuhr, Rauchen) als gleichaltrige sozial eingebundene Personen. 2. Ältere Einsame nennen mehr objektive Stressoren und einschneidende Erlebnisse, die ihnen permanent zusetzen als sozial eingebundene Personen. Einsame haben dem eigenen Empfinden nach insgesamt mehr soziale Probleme. 3. Sie nehmen die Widrigkeiten und Belastungen des Alltags schwerwiegender und die positiven Momente weniger erfreulich wahr. Die Stresswahrnehmung hat langfristig großen Einfluss auf die Gesundheit wie auch auf die Bewältigungsstrategien, wobei eher passive (Pessimismus und Vermeidungsverhalten) als aktive Coping-Strategien (Akzeptanz und Reflexion, Unterstützung suchen) gewählt werden. 4. Anhaltende Stressoren wie Einsamkeit führen zu physiologischen Stressreaktionen und in Folge zu den oben beschriebenen gesundheitlichen Auswirkungen. 5. Eine Folge andauernder Einsamkeit ist die Beeinträchtigung der Schlafqualität und andauernde Erschöpfungszustände. Den Betroffenen fehlt es insgesamt an Ruhe und Erholung.

Auch zwei große Studien von Holt-Lunstad und anderen Forscher:innen (2010 und 2015) bestätigen diese Zusammenhänge. Die erste Metastudie aus dem Jahr 2010 erfasst die Daten von 148 Studien bei insgesamt 308.000 Teilnehmer:innen und belegt, dass sich durch subjektiv empfundene Einsamkeit nicht nur die Morbidität, sondern auch die Mortalität erhöhen kann. Im Vergleich mit anderen Risikofaktoren sei Einsamkeit beispielsweise genauso schädlich wie der Konsum von zehn bis fünfzehn Zigaretten am Tag oder wie Alkoholmissbrauch sowie die Auswirkungen von Einsamkeit schädlicher seien als keinen Sport zu treiben und doppelt so schädlich wie starkes Übergewicht. Die Überlebenswahrscheinlichkeit von Personen mit einem stabilen Freund:innen- und Bekanntenkreis sei im Vergleich zu sozial schwach integrierten Personen um 50 Prozent erhöht. Den größten Effekt auf die Sterblichkeit habe die allgemeine soziale Integration, unabhängig davon, ob Menschen allein oder mit anderen zusammenleben. Die Studie stellt auch fest, dass die beobachteten Effekte bestehen bleiben, wenn Alter, Geschlecht und sozialer Status berücksichtigt werden. In der nachfolgenden Metaanalyse (Holt-Lunstad et al. 2015) der wissenschaftlichen Literatur der Jahre 1980 bis 2014, welche sich auf insgesamt ca. 3,4 Millionen Teilnehmende bezieht, bestätigen sich grundsätzlich die Ergebnisse der ersten Studie. Außerdem hebt die Analyse im Fazit hervor, dass sich keine Hinweise auf Unterschiede hinsichtlich der Auswirkungen (subjektiver) Einsamkeit und (objektiver) sozialer Isolation finden ließen.

Eine britische Alter(n)sstudie (Steptoe et a. 2013) stützt zwar das erhöhte Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko bei Einsamkeit und sozialer Isolation, unterstreicht aber in Abgrenzung zu Holt-Lunstad et al. (2015), dass die negativen Auswirkungen der Isolation im Gegensatz zu denen der Einsamkeit unabhängig von Faktoren wie Alter, Gesundheit und Bewegungsradius der Betroffenen auftreten. Dies bedeute, dass Einsamkeit vor allem im Zusammenwirken mit anderen Faktoren krankheitsbegünstigend und lebensverkürzend wirken könne. Das Forscherteam nimmt daher an, dass Einsamkeit eher ein Begleitsymptom von Krankheit und eingeschränkter Mobilität, aber kein eigenständiger Risikofaktor ist (ebd.).

Eine weitere britische Studie (Hakulinen et al. 2018) stellt den Zusammenhang von Einsamkeit und Morbidität wie Mortalität grundsätzlich in Frage und begründet dies damit, dass die Zusammenhänge nicht mehr nachzuweisen waren, wenn die Einflüsse von Risikofaktoren wie chronische Erkrankungen, Depressionen und Gesundheitsverhalten in die Analyse einbezogen wurden. Das heißt, dass gravierende gesundheitliche Auswirkungen nicht grundsätzlich mit dem Gefühl der Einsamkeit zusammenhängen, sondern eher mit sozialer Isolation bzw. chronischer Einsamkeit korrelieren.

Der Forschungsstand spiegelt kein eindeutiges Bild, zumindest nicht hinsichtlich der Auswirkungen von subjektiver Einsamkeit. Es bleibt fraglich, ob Einsamkeit die Folge oder die Ursache von Krankheit und frühzeitigem Tod ist. Auf jeden Fall scheinen die Dauer und die Intensität des Erlebens für die Auswirkungen wesentlich zu sein. Chronische Einsamkeit unterscheidet sich von sozialer Isolation vor allem durch die subjektive Bewertung der sozialen Situation. Bei sozialer Isolation hingegen scheinen die negativen Auswirkungen in Form von erhöhter Morbidität und Mortalität deutlicher durch empirische Befunde belegt. Das Erleben von chronischer Einsamkeit kann mit sozialer Isolation zusammenfallen und hat dann ebenso die beschriebenen negativen Auswirkungen. Auch nach Sichtung des Forschungsstands bleibt es teils unklar, welchen Einfluss das Phä-

nomen der Einsamkeit unabhängig von anderen Faktoren zeigt. Am ehesten scheinen Langzeitstudien wie in Framingham dazu geeignet, Ergebnisse und Hinweise zu generieren. Aber subjektives Erleben ist der empirischen Forschung schwer zugänglich und eine vergleichende (standardisierende) Perspektive auch aufgrund der Interdependenzen nahezu unmöglich. Am Ende steht daher nur die sichere, aber nicht neue Erkenntnis: Eine gute subjektive Einbindung in soziale Netzwerke ist ein protektiver Faktor für die Gesundheit.

5.4.5 Einsamkeit, Depression und Suizid

Mögliche negative Auswirkungen auf die Gesundheit und das allgemeine Wohlbefinden sind beschrieben worden. Der Schwerpunkt lag bei den körperlichen Erkrankungen infolge von Einsamkeit bzw. sozialer Isolation. Aber es finden sich auch Belege, die auf einen Zusammenhang dieser (Gefühls-)Lage zu psychischen Erkrankungen – insbesondere Depressionen – wie auch zu Suizidwünschen und -verhalten hinweisen (Stravynski/Boyer 2001; Schmidtke/Sell/Löhr 2008: 12; Hawkley/Cacioppo 2010; Beutel et al. 2017; Juckel/Schröer 2018; Sonnmoser 2018: 92). Einsamkeit kann psychische Störungen fördern, und diese wiederum können Einsamkeit bewirken. Auch wenn das Gefühl meist nicht als psychopathologisches Symptom gilt, tritt Einsamkeit bei psychischen Störungen genuin und der Erkrankung inhärent auf – insbesondere bei Schizophrenie und Depression (Juckel/Schröer 2018: 2).

Chronische Einsamkeit kann mit den Kriterien für eine Depression in hohem Maße korrelieren, aber das Ursache-Wirkungs-Verhältnis bleibt vielfach unklar bzw. besteht überhaupt nicht (Svendsen 2016: 53f.). Einsamkeit kann depressive Symptome vorhersagen, umgekehrt können depressive Symptome keine gesteigerte Einsamkeit vorhersagen (Cacioppo/Patrick 2011: 115f.). Bei Personen mit depressiver Erkrankung hat sich gezeigt, dass Interventionen zur Verringerung der Einsamkeit auch die depressive Symptomatik positiv beeinflussen können (Thoma 2018: 425). In Kombination gehen Einsamkeit und Depression mit einem hohen Risiko für einen vorzeitigen Tod einher, dies gilt insbesondere für Männer (Holwerda et al. 2009). Trotz dieser Zusammenhänge handelt es sich um zwei distinkte Zustände: Das Gefühl von Einsamkeit spiegelt das Erleben der sozialen Beziehungen, die Depression dagegen die Gefühlslage im Allgemeinen wider (Cacioppo/Patrick 2011: 116).

Sozialer Rückzug gilt als ein Symptom der Depression. Wenn das soziale Umfeld hierauf in gleicher Weise oder sogar mit Zurückweisung reagiert, verstärkt sich die soziale Isolierung und die Befindlichkeit wird negativ beeinflusst (Thoma 2018: 425). Auch andere psychische Erkrankungen können mit ›Auffälligkeiten‹ im Sozialverhalten und in Folge Beeinträchtigungen der sozialen Interaktionen einhergehen. Bei sozialer »Umtriebigkeit« werden beispielsweise ständig neue Sozialkontakte gesucht, und die Betroffenen können bei anderen aufgrund von Distanzlosigkeit oder Streit- und Kritiksucht Ablehnung und Abwehr auslösen (ebd.). Die Reaktionen des sozialen Umfelds können dann zu einer fortschreitenden Isolierung führen und Einsamkeitsgefühle befördern. Die Einsamkeitserfahrung wiederum kann sich zusätzlich negativ auf den Verlauf der psychischen Erkrankung auswirken (ebd.). Es ist empirisch belegt, dass sich Personen mit psychischer Erkrankung häufiger einsam fühlen als psychisch ›Gesunde‹ (ebd.: 423).

Es gibt auch eindeutige Korrelationen zwischen Einsamkeit und Suizidgedanken und -verhalten (Stravynski/Boyer 2001). Einsamkeit erhöht das Suizidrisiko: Je einsamer sich Personen fühlen, desto eher denken sie an Suizid oder führen ihn aus (ebd.; Ringel 1995). Sowohl chronisch psychisch kranke als auch ältere Personen haben ein deutlich erhöhtes Suizid-Risiko (Köchert 2018: 188). Der Anteil der über 60-Jährigen liegt bei ca. 40 Prozent aller Suizide (ebd.: 185)[18]. Körperliche Erkrankungen, die mit funktionalen Einschränkungen einhergehen, erhöhen insbesondere für Männer das Suizid-Risiko wie auch Multi-Morbidität mit einem höheren Suizid-Risiko verbunden ist (ebd.: 186). Ein hoher Anteil der Älteren, die durch Suizid versterben, leidet an psychischen Erkrankungen – vor allem an Depressionen und dementiellen Erkrankungen (ebd.). Weitere mögliche Faktoren für Alterssuizide können Angststörungen, Alterspsychosen, Niedrigdosis-Abhängigkeit von Benzodiazepinen und Alkoholabhängigkeit sein (ebd.). Außer psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen werden soziale Isolation und Einsamkeit als wesentliche Faktoren für Suizide im Alter angenommen (ebd.: 185). Die Suizidforschung zeigt, dass die (empfundene) soziale Integration Hauptursache für suizidales Verhalten ist und belegt, dass Personen in Kontexten mit hoher sozialer Kohäsion seltener Suizide und Suizidversuche begehen als Personen in Kontexten mit geringer sozialer Kohäsion (ebd.). Das biopsychosoziale Erklärungsmodell von Köchert (ebd.: 189) erklärt Suizide aus dem Zusammenwirken medizinischer, psychologischer und sozialstruktureller Einflussfaktoren. Neben sozialer Isolation und Einsamkeit werden folgende empirisch belegte soziale bzw. sozialstrukturelle Einflussfaktoren genannt, die sich ungünstig auf den Gesundheitszustand auswirken und die Suizid-Bereitschaft erhöhen können: Der Familienstand (Verwitwete, Geschiedene und Ledige haben ein höheres Risiko als Verheiratete), konflikthafte familiäre Beziehungen, Arbeitslosigkeit und das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben (ebd.: 185). Schmidtke/Sell/Löhr (2008: 12) ergänzen diese sozialen Faktoren um Einkommensarmut und einen niedrigen Bildungsstatus. Die genannten Risikofaktoren der Suizidforschung sind auch in der Einsamkeitsforschung belegt.

5.4.6 Risiko- und Schutzfaktoren der Einsamkeit

In der empirischen Forschung sind Zusammenhänge von Einsamkeit und verschiedenen Risiko- und Schutzfaktoren belegt (Cacioppo/Patrick 2011; Hawkley et al. 2008).

- **Geschlecht**: Die meisten Studien weisen höhere Einsamkeitswerte bei Frauen als bei Männern auf. Die Auswertung des *SOEP* von 2017 zeigt eine Verteilung von 60 Prozent zu 40 Prozent im Verhältnis von Frauen zu Männern (Orth/Eyerund 2019: 8). Einschränkend muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Ergebnisse insgesamt uneinheitlich sind und von der Messung beeinflusst werden (Nicolaisen/Thorsen 2014).
- **Gesundheit**: Gesundheitliche Beeinträchtigungen können sowohl die Folge von Einsamkeit als auch die Ursache für Einsamkeit sein. Insbesondere im Zusammenhang

18 Insgesamt suizidieren sich jährlich ca. 10.000 Personen in Deutschland (Destatis 2019c; Köchert 2018: 185).

mit funktionalen Beeinträchtigungen (z.B. Mobilität, Sensorik, Pflegebedürftigkeit) zeigt sich ein erhöhtes Einsamkeitsrisiko (Hawkley/Capitanio 2015; Luhmann 2018: 70).

- **Sozioökonomischer Status**: Tendenziell sind ein geringes Einkommen und ein niedriges Bildungsniveau mit einem erhöhtem Einsamkeitsrisiko verbunden (Hawkley et al. 2008; Luhmann 2018: 69; Eckhard 2018: 183).
- **Erwerbsstatus**[19]: Tendenziell sind arbeitslose Personen in höherem Maße einsam als erwerbstätige Personen. Die Daten des *SOEP* von 2017 zeigen, dass nicht erwerbstätige Personen am stärksten von Einsamkeit betroffen sind (Orth/Eyerund 2019: 16f.). Aber auch Berufstätigkeit kann mit Einsamkeit verbunden sein, wenn dadurch keine bzw. kaum Zeit für soziale Kontakte bleibt (Luhmann 2018: 70).
- **Beziehungsstatus/Familienstand**: Personen in einer Partner:innenschaft oder Ehe empfinden seltener Einsamkeit (Hawkley et al. 2008). Das Einsamkeitsrisiko ist für ungebundene ältere Personen besonders hoch (Victor/Yang 2012). Differenziert nach Familienstand weisen im *SOEP* 2017 »verwitwete« Personen höhere Einsamkeitswerte als »Singles« auf, wenngleich beide Gruppen überdurchschnittlich oft einsam sind (Orth/Eyerund 2019: 11). Im *SOEP* 2013 wiesen dagegen »Singles« in der mittleren und ältesten Gruppe die höchsten Einsamkeitswerte auf (Luhmann 2018: 73).
- **Wohnsituation**: Personen, die allein leben, haben im Vergleich zu Personen in anderen Wohnformen ein höheres Einsamkeitsrisiko (Luhmann 2018: 70)[20], aber dennoch gilt nicht grundsätzlich, dass Alleinlebende weniger soziale Kontakte haben als Personen in anderen Wohnformen. In der Studie von Luhmann und Hawkley (2016) wiesen die jüngsten und die ältesten Alleinlebenden durchschnittlich die geringsten Einsamkeitswerte auf (Luhmann 2018: 73).
- **Soziale Partizipation**: Engagement in sozialen Gruppen schützt vor Einsamkeit (Luhmann 2018: 70).
- **Soziale Beziehungen**: Soziale Beziehungen sind grundsätzlich ein wichtiger Schutzfaktor. Auch wenn Quantität nicht mit Qualität gleichgesetzt werden darf, sind ein kleineres soziales Netzwerk und eine geringere Anzahl von Sozialkontakten tendenziell mit einem höheren Risiko für Einsamkeit verbunden (Hawkley et al. 2008; Victor/Yang 2012).
- **Soziale Medien und digitale Kommunikationsmittel**: Es ist umstritten, ob es überhaupt einen Zusammenhang zum Einsamkeitsempfinden gibt und falls dies der Fall ist, wie die Wirkungsrichtung verläuft (HM Government 2018). Außerdem ist strittig, ob die positive oder negative Beeinflussung des Gefühls der Einsamkeit vom speziellen Medium abhängt (Orth/Eyerund 2019: 15). Nowland/Cacioppo/Necka (2017) gehen von einem wechselseitigen und dynamischen Zusammenhang zwischen Einsamkeit und der Nutzung sozialer Medien aus. Der Gebrauch erweise sich dann als

19 Schon Anfang der 1930er Jahre zeigte die Forschergruppe um Marie Jahoda und Paul Lazarsfeld in der Marienthal-Studie, dass langandauernde Arbeitslosigkeit dazu führt, dass sich die Betroffenen immer mehr aus dem Sozialleben des Dorfes zurückzogen, obwohl sie die ›gewonnene‹ Zeit auch für mehr soziales Engagement und Geselligkeit hätten nutzen können.

20 In Deutschland ist der Einpersonenhaushalt mit einem Anteil von 41,9 Prozent die häufigste Haushaltsform (Destatis 2019d).

förderlich, wenn er der Verbesserung bestehender oder dem Eingehen neuer Kontakte diene (ebd.). Wenn jedoch die sozialen Technologien zur ›Flucht‹ oder zum Ersatz für soziale Kontakte gebraucht werden, dann können sich durch den Gebrauch Einsamkeitsgefühle verstärken (ebd.; vgl. Burke/Kraut 2016). Eine intensive Nutzung kann zudem Einfluss auf die Gestaltung der realen sozialen Beziehungen haben und zu deren Vernachlässigung führen (Di Julio 2018)[21].

- **Migrationshintergrund**: Personen mit direktem Migrationshintergrund (im Ausland geboren) sind häufiger von Einsamkeit betroffen – vermutlich aufgrund der (noch) unzureichenden sozialen Integration (Orth/Eyerund 2019: 17f.).

Die genannten Faktoren sind in unterschiedlichen Altersphasen verschieden stark ausgeprägt, und nicht alle sind in jedem Lebensabschnitt relevant. Luhmann (2018: 72f.) unterscheidet zwischen altersspezifischen und universellen – in jeder Altersphase auftretenden – Einflussfaktoren. Zu Letzteren gehören: gesundheitliche Einschränkungen, soziale Partizipation, Anzahl der Freund:innen sowie die Häufigkeit des Kontakts mit Familie, Freund:innen und anderen Personen (ebd.: 72). Die Effekte von Einkommen, Erwerbsstatus, Wohnsituation und Beziehungsstatus auf Einsamkeit sind dagegen in den Altersgruppen unterschiedlich stark ausgeprägt. Als Schutzfaktoren im mittleren Alter scheinen beispielsweise ein hohes Einkommen und ein gesicherter Erwerbsstatus zu wirken.

Die von Luhmann und Hawkley (2016) gefundenen Altersunterschiede im Auftreten der Einsamkeit können jedoch nur teils durch die bekannten Risikofaktoren erklärt werden. Für das hohe Alter ab 80 Jahren belegen statistische Berechnungen den Einfluss von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, eines geringeren Einkommens, eines höheren Anteils von Alleinlebenden und einer geringeren Anzahl von Freund:innen. Hier zeigt sich auch, dass eine Verschränkung der Faktoren das Risiko für Einsamkeit erhöht. Die Gründe für ein verstärktes Gefühl der Einsamkeit im Alter von ca. 35 und 60 Jahren lassen sich dagegen nicht durch diese bekannten Risikofaktoren erklären (Luhmann 2018: 72). Vorläufige Hypothesen sehen im Alter von ca. 35 Jahren einen Zusammenhang mit der beruflichen Etablierung in der »Rushhour« des Lebens, welche den Einzelnen zu wenig Zeit für enge soziale Beziehungen außerhalb der Familie lässt, da diese in starkem Maße mit der Etablierung im Beruf und in der Familie beschäftigt sind (ebd.). Die erhöhten Einsamkeitswerte im Alter von ca. 60 Jahren könnten dagegen in einem Zusammenhang mit dem »Empty-Nest-Syndrom« stehen (ebd.).

Die in der Einsamkeitsforschung belegten Risikofaktoren ›soziale Beziehungen‹, ›Gesundheit‹ und ›sozioökonomischer Status‹ sind auch im Kontext von sozialen Exklusionsprozessen bedeutsam und empirisch belegt. Diese exklusions- wie einsamkeitsförderlichen Bedingungen verweisen – insbesondere in Verschränkung – auf die Lebenslage sogenannter gesellschaftlicher Randgruppen (z.B. Personen mit Flüchtlings- oder Migrationshintergrund, Strafgefangene, obdach- und wohnungslose Personen, sozioökonomisch benachteiligte Personen, Personen mit körperlichen, psychischen

21 Vor diesem Hintergrund wird auch diskutiert, ob die hohen Einsamkeitswerte in den jüngeren Altersgruppen mit der Nutzung sozialer Medien und digitaler Kommunikationsmittel zusammenhängen (Orth/Eyerund 2019: 14f.).

und kognitiven Beeinträchtigungen) und damit auch auf den Adressat:innenkreis der Sozialen Arbeit – verstanden als »eine politisch implementierte und institutionell verfestigte Praxis der Moderation von Inklusions- und Exklusionsbedingungen« (Otto/Scherr/Ziegler 2010: 142; vgl. Bommes/Scherr 1996: 93ff.). Die individuelle Gefühls- bzw. Problemlage der Einsamkeit erscheint damit auch als eine mögliche Folge ökonomischer Armut und sozialer Marginalisierung bzw. sozialer Exklusion. Im nächsten Kapitel wird die soziale bzw. gesellschaftliche Dimension der Einsamkeit – mit dem Schwerpunkt auf die soziologische Einsamkeitsforschung – in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt.

6. Die soziale Dimension der Einsamkeit

Die soziale Dimension der Einsamkeit lässt sich unter drei Aspekten begründen:

1. **Soziales Gefühl**: Dem Menschsein liegt sowohl das Bedürfnis nach sozialer Nähe (Sozialität) als auch nach Alleinsein (Individualität) zugrunde. Emotionen können im Sinne des *Symbolischen Interaktionismus* als »interpretative Akte gegenüber der erlebten Wirklichkeit« verstanden werden (Neckel, zit.n. Boufeljah 2014: 6). Das Gefühl des unfreiwilligen Alleinseins – Einsamkeit – impliziert demgemäß eine Deutung der persönlichen sozialen Beziehungen: Emotionale und/oder soziale Einsamkeit weisen auf das Fehlen enger Bezugspersonen und/oder sozialer Kontakte und/oder gesellschaftlicher Teilhabe. Die Spezifität drückt sich dadurch aus, dass die Gefühlslage das subjektiv wahrgenommene Verhältnis zu anderen, die Güte der sozialen Einbindung, widerspiegelt. Einsamkeit kann als zutiefst soziales Gefühl charakterisiert werden, weil es auf die (objektiv nachvollziehbare) physische und/oder (subjektiv erlebte) emotionale Abwesenheit anderer bezogen ist[1].
2. **Soziokulturelle Bedingtheit**: Emotionen können als das »Ergebnis kultureller Deutungs- und Interpretationsmuster« verstanden werden (Gerhards 1988: 22). Sowohl das Erleben als auch der Ausdruck der Einsamkeit sind soziokulturell moduliert. Gesellschaften unterscheiden sich in ihrer Gefühlsausstattung und ermöglichen spezifische emotionale Erfahrungsräume (Hahn 2010: 6f.). Im Sozialisationsprozess bildet sich in Interaktionen mit der sozialen Umwelt eine subjektive Gefühlsausstattung aus (Hahn 2010: 10). Die mit Einsamkeit verbundenen sozialen Normen unterscheiden sich abhängig von Situation, Rolle oder institutionellem Kontext (ebd.: 20), so dass bestimmte emotionale Verhaltensweisen eher unterstützt, andere eher unterbunden werden. Der situative Ausdruck der Einsamkeit reflektiert die subjektive Deutung des sozialen Kontexts vor dem Hintergrund des persönlichen und kulturellen Erfahrungsraums. Ausgangspunkt der Entstehung von Emotionen – auch der Einsamkeit – ist die Interpretation der jeweiligen Akteur:innen (vgl. Gerhards 1988:

1 Auch Achtung, Anerkennung, Liebe, Mitgefühl, Neid, Eifersucht, Scham, Schuld, Verlegenheit, Peinlichkeit, Schüchternheit, Zorn oder Aggressionsaffekte können zu den sozialen Emotionen gezählt werden (vgl. Soziologiemagazin 2014).

191f.). Der Umgang mit der eigenen und der fremden Einsamkeit spiegelt die soziokulturellen (Rahmen-)Bedingungen und wirkt zugleich modulierend auf diese zurück. So wie die Thematisierung des eigenen und fremden Sterbens und Todes sehr zurückhaltend erfolgt, so ist auch in der Begegnung mit und in der Kommunikation über Einsamkeit eine Neigung zur Abwehr und Vermeidung des Kontakts festzustellen. Soziale Situationen, die vor allem durch die Gefühlslage der Einsamkeit strukturiert sind, werden von den Beteiligten als unangenehm und belastend empfunden und weisen einen eher trennenden bzw. ausschließenden als verbindenden Charakter auf (vgl. Kapitel 6.4).

3. **Sozialstrukturelle Bedingtheit**: Emotionen können auch als »Resultat« sozialstruktureller Bedingungen interpretiert werden (Gerhards 1988: 22). Die individuelle Gefühlslage ist durch die objektive und subjektive Lebenslage – verstanden als Gesamt immaterieller wie materieller Bedingungen – wesentlich beeinflusst. Sozialstrukturelle Bedingungen und subjektive Dimensionen stehen in einem interdependenten Verhältnis (Mogge-Grotjahn 2012: 53). Der jeweilige Lebenskontext (z.B. Alter, Gesundheit, Erwerbs-, Sozial- und Beziehungsstatus, soziale/räumliche Mobilität) kann das Auftreten von Einsamkeit verstärken oder abmildern, und umgekehrt wirkt auch die Gefühlslage der Einsamkeit auf verschiedene Lebenslagedimensionen und ist nicht nur auf den Aspekt der sozialen Beziehungen beschränkt. Das Gefühl der Einsamkeit kann, muss jedoch nicht zwingend mit einer Beeinträchtigung der sozialen Handlungs- und Teilhabemöglichkeiten einhergehen, mit zunehmender Dauer und bei Chronifizierung wird eine solche jedoch wahrscheinlicher. Aufgrund der räumlichen Ungleichheit der sozialstrukturellen Bedingungen gibt es Orte, an denen das Auftreten von Einsamkeit wahrscheinlicher ist als an anderen.

Es gibt verschiedene theoretische Annahmen hinsichtlich der Auswirkungen des gesellschaftlichen Modernisierungsprozesses auf die Einzelnen. Autor:innen wie Simmel, Beck und Elias betonen die Ambivalenz der Tendenz zur Individualisierung als Chance wie auch Gefährdung für Individuum und Gesellschaft in Gestalt von Institutionen bzw. Organisationen (Schroer 1997: 157ff. und 2000: 13ff.). Die Herauslösung und Freisetzung des Einzelnen aus traditionalen Bindungen sind sowohl mit neuen Freiheiten und Möglichkeiten als auch mit Risiken, Unsicherheiten und Überforderungen verbunden. Der hohe Grad der Individualisierung ist sozialstrukturelles Kennzeichen moderner Gesellschaften und kann reale Prozesse der Vereinsamung befördern (Elias 2002: 59). Einsamkeit kann in dieser Lesart so interpretiert werden, dass es dem Einzelnen nach eigenem Ermessen nicht gelungen ist, zufriedenstellende soziale Beziehungen ›herzustellen‹, und dass hierfür die Entwicklungen der Moderne maßgeblich sind.

Im sechsten Kapitel werden – nach einer kurzen Einführung in die (überschaubare) soziologische Einsamkeitsforschung – bisherige Herangehensweisen am Beispiel von drei Ansätzen veranschaulicht: Robert Weiss (1973) hat mit seinen theoretischen Grundlegungen die Einsamkeitsforschung maßgeblich initiiert und fundiert. Wichard Puls (1989) fasst den theoretischen und empirischen Forschungsstand bis Ende der 1980er Jahre zusammen und unterzieht diesen einer kritischen Analyse. Caroline Bohn (2006) fokussiert auf die soziale Dimension der Einsamkeit im Spiegel der sozialwissenschaftlichen Forschung und gibt weiterführende Hinweise zum »turn away-Phänomen«. Das

sich anschließende Kapitel richtet den Blick auf das Verhältnis von Gesellschaft und Individuum vor dem Hintergrund der Entstehung des Gefühls der Einsamkeit. Abhängig vom mikro- oder makrosoziologischen Ausgangspunkt differieren die Erklärungsansätze, aber dennoch wird mehrheitlich ein interdependentes Verhältnis der beiden Ebenen gestützt. Die Gefühlslage der Einsamkeit lässt sich meist nicht auf einen einzelnen Faktor zurückführen, sondern an der Entstehung, Fortdauer und Modifikation sind eine Vielzahl individueller und gesellschaftlicher Bedingungen bzw. Faktoren beteiligt. Den Abschluss des sechsten Kapitels bildet eine Betrachtung des gesellschaftlichen Umgangs mit Einsamkeit, welcher nicht nur in alltäglichen, sondern auch in wissenschaftlichen Begegnungen durch einen »turn away« gekennzeichnet sein kann (Elbing 1991; Bohn 2006; Cacioppo/Fowler/Christakis 2009).

6.1 Die soziologische Erforschung der Einsamkeit

Das Gefühl der Einsamkeit als soziale und psychische Folge der Urbanisierung beschrieb bereits Georg Simmel in seinem Essay »Über Großstädte und Geistesleben« (1903), worin er betonte, dass es keinen einsameren Ort gäbe als die Großstadt (ebd.: o. S.):

> »Denn die gegenseitige Reserve und Indifferenz, die geistigen Lebensbedingungen großer Kreise, werden in ihrem Erfolg für die Unabhängigkeit des Individuums nie stärker gefühlt, als in dem dichtesten Gewühl der Großstadt, weil die körperliche Nähe und Enge die geistige Distanz erst recht anschaulich macht; es ist offenbar nur der Revers dieser Freiheit, wenn man sich unter Umständen nirgends so einsam und verlassen fühlt, als eben in dem großstädtischen Gewühl; denn hier wie sonst ist es keineswegs notwendig, dass die Freiheit des Menschen sich in seinem Gefühlsleben als Wohlbefinden spiegele.«

Statt des Gefühls der Freiheit empfindet der Einzelne Verlassenheit inmitten anderer ihm fremder Menschen. Er ist diesen körperlich (sehr) nah, aber diese physische Nähe auf engem Raum steigert nicht sein Gemeinschaftsgefühl, sondern verstärkt sein Empfinden einer zwischenmenschlichen Distanz und Gleichgültigkeit. Das Erleben der individuellen Freiheit kann in der großstädtischen Anonymität überlagert sein vom Erleben der Verlorenheit und eines Mangels an Verbundenheit[2].

In den nachfolgenden Jahrzehnten und verstärkt ab Mitte des 20. Jahrhunderts begann – auch in der Soziologie – eine systematische(re) Auseinandersetzung mit der Thematik der Einsamkeit, welche meist aus makrosoziologischer Perspektive erfolgte.

Im Jahr 1956 erscheint die Publikation »The lonely crowd« von einer Autor:innengruppe um David Riesman und benennt Einsamkeit als ein Kennzeichen moderner Gesellschaften (Bohn 2006: 82ff.; Dierse 1972: 411). In Abhängigkeit von der Gesellschaftsstruktur werden drei verschiedene (amerikanische) Sozialcharaktere (der »Traditionsgeleitete«, der »Innengeleitete« und der »Außengeleitete«) unterschieden. Der »außengeleitete Charakter« verkörpert den Typus der modernen Gesellschaft: In seiner Orientierung

2 An anderer Stelle führt Simmel aus, dass das Gefühl von Einsamkeit nicht auf die Abwesenheit der Gemeinschaft hinweise, sondern auf ein unerfülltes Ideal der Gemeinschaft (Svendsen 2016:16f.).

ist er stets abhängig von anderen, und sein Handeln ist durch Verhaltenskonformität gemäß den Normen und Werten der Mehrheit gekennzeichnet. Auf Einsamkeit ist dieser Charakter aber schlecht vorbereitet, so dass er Einsamkeit durch »Untertauchen in der Masse der Zeitgenossen« zu überwinden sucht (Riesman/Glazer/Denney 1956, zit.n. Bohn 2006: 91).

Auch C. C. Bowman (1955) führt in seiner makrosoziologischen Theorie »Loneliness and social change« das Auftreten von Einsamkeit auf konkrete sozialstrukturelle Veränderungen in der Gesellschaft zurück. Er behauptet einen Rückgang der Primärgruppenbeziehungen und eine Zunahme familiärer und sozialer Mobilität, wodurch vermehrt kritische Lebensereignisse wie Scheidungen, Trennungen, Umzüge oder Berufswechsel ausgelöst würden. Wenn die Bewältigung dieser Krisenereignisse – aufgrund mangelnder Sozialkompetenzen oder einer instabilen Persönlichkeit – misslänge, käme es zur Erfahrung von »Alleinsein, Verlassenheit, Getrenntsein bzw. Unerwünschtheit« (Elbing 1991: 48).

In den nachfolgenden Jahrzehnten folgen im englischsprachigen Raum eine Vielzahl ähnlich gerichteter Publikationen: unter anderem von Anthony Giddens (1991), Richard Sennett (1998), Francis Fukuyama (1999), Robert Putnam (2000) und Jacqueline Olds und Robert Schwartz (2009). Diese Bücher stießen auf ein breites Interesse, obwohl sich die zugrunde gelegten Daten vor allem auf die USA bezogen. Es wurde jedoch angenommen, dass sich die Schlussfolgerungen auf die gesamte westliche Welt übertragen ließen (Svendsen 2016: 169f.). Svendsen (ebd.: 157 und 174) stellt diese »Standarderzählung« in den neueren Sozialwissenschaften, nach welcher die fortschreitende Individualisierung zur Erosion sozialer Beziehungen geführt habe und die Menschen »zu einsamen Hedonisten und Egoisten« gemacht habe, grundlegend in Frage. Svendsen sieht die Behauptung auch empirisch kaum gestützt und begründet dies damit, dass Untersuchungen höhere Einsamkeitswerte in kollektivistischen als in individualistischen Gesellschaften ermittelt hätten (ebd.: 173)[3].

Der entscheidende Impuls für die (empirische) Erforschung der Einsamkeit wurde im Jahr 1973 durch eine Publikation des Soziologen Robert Weiss gelegt, welcher erstmals eine Theorie entwickelte, deren Konzeption auch eine einfache Operationalisierung des Konstrukts der Einsamkeit ermöglichte (Elbing 1991: 28).

Im deutschsprachigen Raum setzt die soziologische Einsamkeitsforschung in den 1960er Jahren ein, blieb aber auf einzelne Auseinandersetzungen wie beispielsweise von Dietmar Kamper (1967), Hans Peter Dreitzel (1970), Gerhard Deimling (1980), Hans-Dieter Grospietsch (1980), Wichard Puls (1989) und Caroline Bohn (2006 und 2008) begrenzt. In weiteren deutschsprachigen soziologischen Publikationen der 1980er Jahre wird das Thema der Einsamkeit nicht als eigenständiger Gegenstand, sondern in einem Zusammenhang mit der ambivalenten Individualisierungstheorie oder den modernen Sterbeverhältnissen thematisiert (z.B. Beck 1986; Elias 1982/2002).

3 Auch Puls (1989: 398) sieht die Annahmen »kulturkritischer Studien«, dass durch die fortgeschrittene Industrialisierung, Technisierung und Urbanisierung der modernen Gesellschaft soziale Isolation und Einsamkeit verursacht werden, empirisch als nicht belegt an.

6.2 Exemplarische Ansätze der soziologischen Einsamkeitsforschung

Einsamkeit in soziologischer Perspektive führt zu Fragen nach der sozialen Einbindung in die Gesellschaft und dem Verhältnis des Einzelnen zu Anderen. Das Interesse geht auch dahin, ob Einsamkeit ein allgemeines ›Risiko‹ darstellt, oder aber ob es bestimmte Personen(-gruppen) gibt, die besonders ›gefährdet‹ sind, in eine soziale (Rand-)Lage zu geraten und zu vereinsamen? Es gilt auch zu klären, welche individuellen oder gesellschaftlichen Bedingungen einsamkeitsbegünstigend sind und wie diese zusammenwirken? Hat das Gefühl der Einsamkeit eine bestimmte Funktion im Leben des Einzelnen und in der Gesellschaft insgesamt? Wie kommt es, dass manche Personen Einsamkeitserfahrungen bewältigen und anderen die Überwindung der Gefühlslage misslingt? Welche Bedeutung kommt dabei dem sozialen Umfeld zu? Inwiefern beeinflusst der gesellschaftliche Umgang mit Einsamkeit die mikrosoziologischen Prozesse? Die Liste der Fragen ließe sich erweitern und ausdifferenzieren. Die drei Ansätze von Weiss, Puls und Bohn bieten zu einzelnen Fragestellungen Antworten an.

6.2.1 Robert Weiss – »Loneliness of emotional isolation and loneliness of social isolation«

Der Ansatz von Weiss aus dem Jahr 1973 umfasste erstmals eine Theorie und beschrieb Einsamkeit als zweidimensionales Konstrukt. Die Weiss'sche Arbeit gilt allgemein als Initialzündung zur systematischeren Erforschung der Einsamkeit (Elbing 1991: 308). Die Taxonomie unterscheidet zwischen einer »Einsamkeit der emotionalen Isolation« und einer »Einsamkeit der sozialen Isolation«[4]. Das Gefühl der Einsamkeit resultiert im ersten Fall aus dem Fehlen einer engen Vertrauensperson und im zweiten Fall aus der mangelhaften Integration in ein soziales Netzwerk aus Freund:innen- und Bekanntschaften (ebd.). Der Mangel in einem Bereich kann nicht durch einen Erfolg in dem anderen ausgeglichen werden, sondern ein emotionales Defizit ist lediglich durch die Wiederherstellung einer verlorengegangenen Bindung und ein soziales Defizit durch die Einbindung in Gruppen mit dem Gefühl der Zugehörigkeit und gleicher Interessen zu überwinden (ebd.). Es handelt sich um distinkte Formen der Einsamkeit, die unabhängig voneinander auftreten[5].

4 Ein Jahr nach Erscheinen dieser Theorie veröffentlicht Weiss (1974) ein hierarchisches Modell sozialer Bedürfnisse (vgl. Elbing 1991: 30; Schwab 1997: 32). Hierin unterscheidet er insgesamt sechs Funktionen sozialer Beziehungen (»social provisions«), nämlich: 1. Bindung (»attachment«), 2. Soziale Integration (»social integration«), 3. Bedürfnis, für andere sorgen zu können (»opportunity for nurturance«), 4. Selbstwertbestätigung (»reassurance of worth«), 5. Bedürfnis einer zuverlässigen Beziehung (»reliable alliance«) und 6. Orientierung an anderen (»guidance«). Die Befriedigung dieser Bedürfnisse – so Weiss – setze bestimmte Formen sozialer Beziehungen voraus und bei Defiziten in einem der sechs Bereiche träten spezifische Gefühle des Mangels wie »Angst, Unruhe und Verlassenheitsgefühle« bei emotionaler und »Langeweile, Ziellosigkeit und Depression« bei sozialer Einsamkeit auf. Empirische Untersuchungen von Russel et al. (1984) haben diese Verknüpfungen nicht bestätigen können (Schwab 1997: 34).

5 In späteren Arbeiten wies Weiss (1982; zit.n. Elbing 1991: 29) selbst darauf hin, dass er diese Differenzierung nicht völlig als gesichert ansehe, sowie er weitere Zustandsformen oder Überlappungen der beiden Dimensionen für möglich halte.

Die Theorie von Weiss steht im Einklang mit der *Bindungstheorie* und -forschung. Bowlby und Weiss verneinen übereinstimmend, dass der Verlust einer emotional bedeutsamen Bezugsperson durch andere Personen ausgeglichen werden kann (vgl. Schwab 1997: 58). Eine weitere (bindungs-)theoretische Annahme von Weiss besagt, dass Trennungserfahrungen in der Kindheit ihr Äquivalent in den Trennungserfahrungen der Einsamkeit im Erwachsenenalter haben (Elbing 1991: 310). Trotz der Nähe zu psychodynamischen Auffassungen ordnet Elbing (1991: 56) das Weiss'sche Konzept den interaktionistischen Ansätzen zu.

Weiss bestimmt Einsamkeit als subjektiv wahrgenommenen Mangel in den persönlichen Sozialbeziehungen. An diesem »Defizit-Ansatz« setzt die Kritik von Elbing (ebd.: 31) an, welcher aktionale wie biographische Anteile vernachlässigt sieht. Schwab (1997: 35 und 283) hebt dagegen hervor, dass von allen Ansätzen, die Einsamkeit als mehrdimensionales Konstrukt operationalisieren, die Unterscheidung von emotionaler und sozialer Einsamkeit empirisch am stärksten gestützt sei, wenngleich noch weiterer Forschungsbedarf bestehe. Die hypothetische Konzeptualisierung von Weiss wurde im Rahmen verschiedener Untersuchungen aufgegriffen und konnte anhand empirischer Daten überprüft und in Teilen bestätigt werden (z.B. Rubenstein/Shaver 1982; Russel et al.1984). Hierdurch ergaben sich auch erste differenzierende Hinweise zur Verbreitung der beiden Formen: Bei jüngeren scheint eher die soziale, bei älteren Personen eher die emotionale Einsamkeit zu dominieren (Victor/Yang 2012). Shaver und Buhrmester (1983; zit.n. Schwab 1997: 36) stützen die Annahme, dass Einsamkeit bei Männern eher mit sozialer Isolation, bei Frauen eher mit emotionaler Isolation zusammenhängt. Weiss selbst hat wegen divergierender Bedürfnisse der Teilnehmenden sowohl Seminare für Getrenntlebende als auch für Hinterbliebene konzipiert (Schwab 1997: 133f.). Aus diesen praktischen Erfahrungen folgerte Weiss (1976), dass universelle Interventionsstrategien unwirksam und unterschiedliche Programme für Menschen mit Verlust- bzw. Trennungserfahrung zu entwickeln sind (Elbing 1991: 228 und 242).

Die Weiss'sche Unterscheidung von sozialer und emotionaler Einsamkeit ist essenziell: Hierdurch wird sowohl ein differenziertes Verständnis des Einsamkeitserlebens unterstützt als auch die Richtung notwendiger Präventions- und Interventionsmöglichkeiten angezeigt.

Eine Ergänzung könnte das Weiss'sche Modell durch eine dritte bzw. vierte Dimension der »Einsamkeit der sozialen Exklusion« erfahren. Das Auftreten der Einsamkeit ist primär auf eingeschränkte oder fehlende Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe infolge einer sozial beeinträchtigten Lebenslage zurückzuführen. Charakteristisch für diese Form ist die gleichzeitige und sich wechselseitig verstärkende Erfahrung von Einsamkeit und sozialer Exklusion. Durch die Verschränkung der Problemlagen nimmt die psychosoziale Belastung zu, so dass insbesondere mit anhaltender Dauer davon auszugehen ist, dass der Einzelne ohne soziale Unterstützung seine Lebenslage nicht eigeninitiativ zu wenden vermag. In der Handlungspraxis ginge es darum, die Lebensverhältnisse insgesamt in den Blick zu nehmen und die einsamkeits- wie exklusionsbegünstigenden Bedingungen bzw. Faktoren zu bestimmen und durch Präventionsmaßnahmen wie Interventionen gezielt zu verändern (vgl. Kapitel 10).

6.2.2 Wichard Puls – »Soziale Isolation und Einsamkeit«

Die Analyse von Puls aus dem Jahr 1989 nimmt im Gegensatz zum Weiss'schen Modell sowohl die mikro- als auch die makrosoziologische Ebene von Einsamkeit und sozialer Isolation in den Blick. Puls (1989: 5f.) formuliert für seine Untersuchung verschiedene Zielsetzungen. Zum einen möchte er einen »möglichst umfassenden Bericht zum Problem der sozialen Isolation und Einsamkeit« verfassen, um Orientierung über die theoretischen und empirischen Arbeiten zu ermöglichen. Den damaligen Forschungsstand charakterisiert er pointiert als ein »weitgehend unvermitteltes Gegenüber von empirieloser Theorie und theorieloser Empirie«. Zum anderen beabsichtigt Puls Kausalitätsbeziehungen zwischen sozialer Isolation und Einsamkeit herauszuarbeiten. Der hierfür erarbeitete Hypothesenkatalog soll auch dazu dienen, die Übereinstimmung mit theoretischen Ansätzen zu prüfen, um die Kluft zwischen Empirie und Theorie zu mindern. Auf der mikrostrukturellen Ebene verortet er die »primären Beziehungen des Individuums« (individuelle und dyadische Ebene, Kleingruppenkontakte) und auf der makrosoziologischen Ebene die »sekundären Beziehungen des Individuums« (Gesellschaft, Subsysteme, Organisationen). Die Analyse von Puls verdeutlicht die Rückkopplungen und zeigt, wie sich bestimmte makrosoziologische Faktoren »– über mikrosoziologische Isolationsprozesse innerhalb von Dyaden und Kleingruppen vermittelt – kausal auf das Einsamkeitserleben des Individuums auswirken« (ebd.: 53 und 65). Abschließend leitet Puls (ebd.: 432ff.) aus der Auswertung des Hypothesenkatalogs Interventionsstrategien bzw. Vorschläge zur Optimierung bestehender Strategien ab, welche wiederum den von ihm bestimmten Ebenen zugeordnet werden.

Puls (ebd.: 47ff.) bezieht sich auf die Begriffsbestimmungen von ›sozialer Isolation‹ und ›Einsamkeit‹ durch Townsend (1957), wonach einerseits die objektive Seite von Kontaktdefiziten und andererseits die subjektiven Verarbeitungsprozesse angesprochen sind. Soziale Isolation kann sich nach Puls jedoch nicht nur auf einzelne Personen, sondern auch auf soziale Gruppen der unterschiedlichen Systemebenen beziehen. Im Verweis auf Weiss (1973) definiert Puls (ebd.: 51) soziale Isolation als einen Zustand, in dem die Bedürfnisse nach »emotionaler Bindung« und »sozialer Integration« nicht hinreichend befriedigt sind und unterscheidet in diesem Zusammenhang eine quantitative und eine qualitative Dimension der sozialen Isolation (ebd.: 53). Einsamkeit bestimmt Puls – im Anschluss an kognitivistische Theorien – als ein subjektives und belastendes Empfinden von Diskrepanz hinsichtlich der sozialen Bedürfnisse einerseits und der tatsächlichen Lage andererseits, welches häufig aber nicht zwingend mit sozialer Isolation koinzidiert (ebd.: 63). Im Fazit seiner Analyse folgert Puls (ebd.: 430) nicht nur einen korrelativen, sondern einen kausalen Zusammenhang zwischen beiden Phänomenen: Soziale Isolation verursache meist Einsamkeit, nicht aber Einsamkeit soziale Isolation. Soziale Isolation sei eine Vorstufe der Einsamkeit, die Gefühle der Einsamkeit wiederum eine Vorstufe der Depression wie auch von negativen Bewältigungsstrategien wie Alkoholabhängigkeit, wodurch wiederum die soziale Isolation der Betroffenen verstärkt werde. Das »interaktive Dilemma« bzw. die »abwärts gerichtete Spirale« der Einsamkeit wird von Puls (ebd.: 255ff.) eingehend ausgeführt.

Hinsichtlich der auf der mikrostrukturellen Ebene identifizierten Bedingungsfaktoren (vgl. Kapitel 5.4.6) lassen sich bei Puls keine neuen Hinweise finden, aber seine Er-

gebnisse und Hinweise zur makrostrukturellen Ebene sind für die eigene Arbeit von größerem Interesse. Die Schlussfolgerungen von Puls (ebd.: 427f.) beruhen aufgrund fehlender bzw. mangelnder makrosoziologischer empirischer Belege vor allem auf Plausibilitätserwägungen. Puls nimmt an, dass gesamtgesellschaftliche Bedingungen wie auch die Eigenschaften gesellschaftlicher Subsysteme (Verwandtschaftssystem, Ökonomie, Kultur, Politik) die soziale Isolation und Einsamkeit einzelner Individuen fördern können. Puls geht weiterhin davon aus, dass soziale Isolation und Einsamkeit insbesondere in Gesellschaften mit großer sozialstruktureller Ungleichheit, einem hohen Grad an Zwangsmobilität und Konkurrenzdenken auftreten (ebd.: 399). Auf der sozialstrukturellen Ebene sieht Puls sowohl das Auftreten von sozialer Isolation als auch von Einsamkeit mit einer »sozialen Position der Benachteiligung« verknüpft (ebd.: 114f.). Außer den empirisch belegten Faktoren »Einpersonenhaushalt«, »Arbeitslosigkeit« und »Schichtarbeit« könne auch die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit, ein niedriges Einkommen und ein geringer Bildungsgrad das Erleben von Einsamkeit und sozialer Isolation negativ beeinflussen (ebd.: 399).

Resümierend stellt Puls jedoch (ebd.: 398) fest, dass soziale Isolation und Einsamkeit keine Probleme von besonderer gesamtgesellschaftlicher Relevanz seien. Zuvor hatte er bereits den »kulturkritischen Studien« widersprochen und konstatiert (ebd.: 361):

> »[…] bleibt aber der Befund als gesichert stehen, dass die Vereinsamung in der BRD nicht – wie in den kulturkritischen Studien immer wieder behauptet wird – im Zuge der voranschreitenden Technisierung innerhalb der letzten sieben Jahre dramatisch zugenommen hat, sondern vielmehr relativ konstant auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau verblieben ist.«

Puls (ebd.: 433ff.) schließt seine Arbeit – in Bezugnahme auf Lauth und Viebahn (1987) sowie Rook (1984) – mit einer Übersicht möglicher Präventions- und Interventionsstrategien im Rahmen einer »angewandten Soziologie« ab. Die Maßnahmen folgen den drei Zielsetzungen der Prävention, der Förderung der Fähigkeit zur Bewältigung der Einsamkeit und der Stärkung der sozialen Beziehungen. Die Strategien sind den drei Ebenen des Individuums, der Gruppe und der Umgebung zugeordnet. Die Vorschläge reichen von einer präventiven Veränderung der verschiedenen Sozialisationsinstanzen (z.B. durch »Eltern-Trainings«), von umweltbezogenen Maßnahmen (z.B. Schaffung von Begegnungszonen) über Therapieansätze und die Schaffung kontinuierlicher Versorgungssysteme bis zur Anregung sozialer Unterstützungssysteme. Abschließend favorisiert Puls (ebd.: 438) einerseits alle Maßnahmen auf mikrosozialer und gesellschaftlicher Ebene, die darauf abzielen, das »interaktive Dilemma« zu verhindern. Andererseits benennt er verschiedene Maßnahmen auf der Ebene der Gesamtgesellschaft, die geeignet scheinen, den Abbau der sozialen Isolation und der Vereinsamung in Deutschland voranzubringen. Hierzu gehören: Senkungen der Arbeitslosenquote, der Einpersonenhaushalte und der Scheidungsrate, das Gleichhalten des Niveaus von Schichtarbeitenden sowie die Beachtung und Beeinflussung der negativen Folgen großer sozialer Distanzen, des Konkurrenzdenkens und einer hohen sozialen Mobilität (ebd.: 445f). Die Analyse von Puls endet mit dieser – nicht näher kommentierten – Auflistung. Seine Zielsetzungen hat er damit umgesetzt. Puls ist es gelungen, stringent und systematisch den damaligen sozialwissenschaftlichen Forschungsstand zu ana-

lysieren und die vielfältigen Interdependenzen zwischen Mikro- und Makroebene zu veranschaulichen.

6.2.3 Caroline Bohn – »Einsamkeit im Spiegel der sozialwissenschaftlichen Forschung«

Bohn (2006) befasst sich in ihrer Dissertation (primär) aus sozialwissenschaftlicher Perspektive mit dem Phänomen der Einsamkeit. Ziel ihrer Auseinandersetzung ist es, die soziale Dimension der Einsamkeit für den Einzelnen und die Gesellschaft zu erforschen sowie den sozialwissenschaftlichen Forschungsstand zu erheben. Die Autor:in sieht den Forschungszugang erschwert, da der Gegenstand zuvor weitgehend unberücksichtigt bzw. hinter anderen Etikettierungen verdeckt thematisiert wurde und erst ›aufgespürt‹ werden musste.

Nach einer grundlegenden Annäherung und Bestimmung des Phänomens Einsamkeit, erfolgt eine Darstellung der Emotionssoziologie und exemplarischer Ansätze. Im Rückgriff auf Dreitzel (1970) formuliert sie relevante Fragestellungen für die individuelle, sozialstrukturelle und kulturelle Ebene sowie für die Ebene des Organismus und schließlich für die Ebene der Einsamkeit als fiktivem bzw. politischem Gegenstand. Im Weiteren dienen diese fünf Ebenen als Strukturkategorien. In Bezug auf Simmel und Riesman veranschaulicht Bohn soziologische Annäherungen an das Phänomen der Einsamkeit. Anschließend diskutiert die Autor:in, inwiefern Einsamkeit als »abweichendes Verhalten«, »Entfremdung« oder »Anomie« interpretiert werden könne, und hält dann im Ergebnis fest, dass eine eindeutige Zuordnung zum Einsamkeitsphänomen nicht möglich sei. Da aber Einsamkeit stets in dem wechselseitig beeinflussten Kontext von Individuum und Gesellschaft verortet sei, sollte im Zusammenhang mit Anomie, Entfremdung und abweichendem Verhalten immer auch die Frage nach der Einsamkeit gestellt werden (ebd.: 103): »Denn Rückzug, Isolation und Einsamkeit können sowohl Ursprung als auch Folge und Konsequenz von Entfremdung, Anomie sowie abweichendem Verhalten darstellen«.

Nach der theoretischen Grundlegung spezifiziert Bohn im zweiten Teil ihrer Arbeit das Phänomen anhand konkreter Bezüge. Es erfolgt eine Aufzählung einzelner sozialstruktureller und kultureller Faktoren, welche das Phänomen der Einsamkeit beeinflussen können. Als individuelle Determinante nennt sie überzogene und unrealistische Erwartungen der Einsamen an soziale Beziehungen (»Hochmut der Einsamkeit«). Dann begründet Bohn den Zusammenhang von Angst und Einsamkeit in Bezug auf die Arbeit von Deimling, welcher Einsamkeit als »sozialpathologische Erscheinung einer komplexer werdenden anomischen Gesellschaft« einstuft (ebd.: 112). Anschließend verdeutlicht die Autor:in anhand der »Schweigespirale« von Noelle-Neumann die Bedeutung der »öffentlichen Meinung« zur Einsamkeit samt möglichen emotionalen Auswirkungen auf die Einzelnen. Im Verweis auf diverse sozialwissenschaftliche Quellen werden auch die Hintergründe für das Auftreten von Einsamkeit im Alter wie auch beim Austritt aus dem Berufsleben ausführlich betrachtet. Bohn folgt hierbei ebenso der »Spur der leidvollen Einsamkeit« und nimmt Alterssuizide in den Blick.

Da Einsamkeit und Scham für Bohn in einem besonderen Verhältnis zueinanderstehen – Einsamkeit sei häufig mit Scham verbunden so wie die Scham nur in der Einsam-

keit überwunden werden könne – werden auch diese Emotionen neben weiteren schamverwandten Gefühlslagen (Verlegenheit, Schüchternheit, Peinlichkeit) in einem Exkurs beleuchtet. Schlussfolgernd hebt Bohn (ebd.: 212) hervor, dass das Eingeständnis einer schambesetzen und tabuisierten Emotion einer sozialen Entblößung entspräche. Die Offenlegung der eigenen Befindlichkeit könne als indirekter Appell bzw. Bitte um Unterstützung (miss)verstanden werden und auch mit der Sorge verbunden sein, Verpflichtungsgefühle beim Gegenüber auszulösen. Einsamkeit und Scham seien durch die existentiell bedrohliche Angst – sozial ausgeschlossen zu werden – begleitet (ebd.: 223).

Im Fazit ihrer Arbeit leitet Bohn aus den theoretischen Befunden ab, dass Einsamkeit nicht nur in den Lebenslagen Alter und Alleinleben zu verorten sei, sondern auch im mittleren Lebensalter und in der Gruppe der Berufstätigen. Die Forschung müsse sich zukünftig verstärkt der Altersgruppe der 40- bis 60-Jährigen zuwenden. Im Verweis auf Riesman schließt sie, dass sich Einsamkeit vor allem (!) »hinter Charakteren, die augenscheinlich von Konformität und Opportunismus geprägt sind«, verbergen könne. Hinsichtlich der gesellschaftlichen Bewertung der Einsamkeit bemerkt Bohn, dass die Gefühlslage zumeist mit einem defizitären Bild der Existenz verknüpft sei (ebd.: 227). Das Bekenntnis der eigenen Einsamkeit werde vielfach »beschämend« gewertet und rufe oftmals ungewollte Reaktionen eines verstärkten sozialen Ausschlusses hervor (ebd.). Außerdem käme negativ verstärkend hinzu, dass die zwischenmenschliche Gleichgültigkeit zunähme (ebd.). Auch wenn das Äußern von Emotionen kulturell positiv angesehen werde, seien negativ bewertete Emotionen wie Einsamkeit oder Scham davon ausgenommen (ebd.: 228). Bohn behauptet weiterhin, dass die Fähigkeit zur Bewältigung der eigenen Einsamkeit wie auch die Fähigkeit, angemessen auf diese Gefühlslage bei anderen reagieren zu können, in immer geringerem Maße entwickelt sei (ebd.: 227). Die Autorin fasst Einsamkeit bzw. die Angst vor der Einsamkeit als »Kardinalemotion« auf, welche vielen sozialen Handlungen und Unterlassungen zugrunde liege und in subtiler Weise die Gesellschaftsstrukturen präge (ebd.: 229). Der Hinweis Bohns auf den abwehrenden gesellschaftlichen Umgang mit der eigenen und der fremden Einsamkeit ist von hoher Bedeutung für die eigene Untersuchung, wird das Sujet hier doch mit der Thematik um Sterben und Tod zusammengebracht, welche gleichermaßen ›zurückhaltend‹ erörtert wird.

6.3 Dimensionen der Einsamkeit und Interdependenzen

Wie ist zu erklären, dass sich Menschen einsam fühlen? Die Antworten der soziologischen Einsamkeitsforschung variieren je nach Theorieansatz (Schobin 2018: 48ff.). Die Mikrotheorien erklären Einsamkeit vor allem durch die Interaktionen des Einzelnen mit seinem sozialen Umfeld. Die Makrotheorien deuten Vereinsamung durch soziale Prozesse auf der Ebene von Kollektiven wie sozialen Klassen und Gesamtgesellschaften (ebd.: 51) und sehen das Einsamkeitserleben durch gesamtgesellschaftliche Strukturen und die Verteilung materieller Ressourcen beeinflusst (Bohn 2006: 30). »Mikro-Makro-Theorien« berücksichtigen die Rückkoppelungen zwischen der Individual- und der Kollektivebene (Schobin 2018: 51).

Mikrotheorien befassen sich zentral mit dem Verhältnis von sozialer Isolation und Einsamkeit. Eine einfache theoretische Option besagt, dass ein gewisser Grad an sozialer Isolation Einsamkeitsgefühle hervorrufe, so dass das Empfinden von Einsamkeit eine emotionale Reaktion auf soziale Isolation darstellt. Die Operationalisierung fasst »häufige« oder »intensive« Einsamkeitsempfindungen als soziale Isolation sowie soziale Isolation – gemessen anhand der Kontaktfrequenz und -intensität – als Hinweis auf subjektiv belastende Einsamkeitsgefühle. Diese einfache Theorie bzw. SIE-These (Schobin 2018: 49) ist seit den 1970er Jahren in drei Richtungen erweitert worden.

1. Die Erscheinungsformen von sozialer Isolation und Einsamkeit werden vor allem in Bezug auf Weiss als emotionale und gesellige (soziale) Vereinsamung näher differenziert. Außerdem wird in diesem Kontext auch der Zusammenhang von sozialer Isolation und Einsamkeit vor dem Hintergrund der Qualität versus Quantität-Debatte erörtert: Dies bedeutet, dass kontrovers diskutiert wird, ob Vereinsamung infolge sozialer Isolation eher durch den Mangel an engen Bezügen oder durch die mangelnde Beziehungsqualität hervorgerufen wird (ebd.).
2. Seit Mitte der 1970er Jahre werden auch die moderierenden Effekte durch die Persönlichkeitsstruktur, Resilienzfaktoren (soziale Ressourcen, Coping-Strategien) und die Art der sozialen Auslöser auf das Verhältnis von sozialer Isolation und Einsamkeit stärker beachtet. Die mikrosoziologische und die sozialpsychologische Forschung weisen auf die interindividuellen Unterschiede hinsichtlich der sozio-emotionalen Bedürfnisse und der Bewältigungsmöglichkeiten sozialer Isolation sowie auch der unterschiedlichen Wirkungen von sozialen Auslösern wie beispielsweise dem Tod einer engen Bezugsperson oder einer längeren Erkrankung (ebd.: 49f.).
3. Seit den 2000er Jahren wird die SIE-These dadurch erweitert, dass verstärkt die wechselseitigen Rückkopplungen von sozialer Isolation und Einsamkeit in Interaktionen untersucht werden. Aus der Sicht der Emotionstheorien erfüllen Emotionen auch kommunikative Funktionen und vermitteln den Gruppenmitgliedern bedeutsame Umweltinformationen. Die Gefühlslage der Einsamkeit drückt »Beziehungssehnsucht« bzw. »social pain« aus (MacDonald und Leary 2005; Dewall et al. 2010); Cacioppo/Patrick 2011; Eisenberger 2012). Die sozial regulative Funktion der Einsamkeit kommt in stark kohäsiven Kleingruppen zum Tragen, verpufft jedoch in schwach kohäsiven Großgruppen, so dass dieser Theorie folgend Vereinsamung hier potenziell zu einem sozialen Stigma wird und die Mitglieder den Kontakt zu Vereinsamten eher reduzieren (Schobin 2018: 51). Aber auch die Einsamen selbst verlieren an interpersonellem Vertrauen, vermeiden Kontakte oder brechen soziale Beziehungen ab, wodurch die soziale Isolation und Einsamkeitsgefühle verstärkt werden können (ebd.).

Im Gegensatz zu mikrosoziologischen und sozialpsychologischen Theorien thematisieren Makrotheorien individuelle Einsamkeit als Folgeerscheinung gesamtgesellschaftlicher soziokultureller und/oder sozialstruktureller Entwicklungen oder Rahmenbedingungen (ebd.) wie etwa des sozialen Wandels, dem Einfluss von Normen, Werten oder Medien sowie der Infrastruktur oder des Sozial- und Wirtschaftssystems (Bohn 2006: 75ff.; Elbing 1991: 43ff.). Soziale Isolation und Einsamkeit werden in der

makrosoziologischen Forschung teils als Voraussetzung teils als unerwünschte Folgeerscheinung gesellschaftlicher Modernisierungsprozesse thematisiert. Gemeinsame Quintessenz unterschiedlich argumentierender makrosoziologischer Theorien ist, dass sie Vereinsamung vor allem als »Effekt der Reproduktion der sozialen Ordnung liberaler Gesellschaften« ansehen (ebd.: 52).

Beispiele für makrosoziologische Ansätze sind die Theorien von Riesman (1956) und Putnam (2000). Die Theorie von Weiss (1973) ist hingegen als Beispiel für einen mikrosoziologischen Ansatz zu nennen. Die Mikro-Makro-Erklärung von Schobin (ebd.) schließt an Durkheims Begriff der Anomie an und untersucht den kausalen Zusammenhang von sozialer Isolation bzw. Einsamkeit und dem Vertrauen in die politischen Institutionen einer Gesellschaft. Die Annahme, dass Vereinsamung nicht nur als individuelles, sondern auch als gesellschaftliches Problem zu werten ist, wird dadurch begründet, dass sich Vereinsamung »durch verschiedene kausale Mechanismen nachteilig auf das Vertrauen in die politischen Institutionen liberaler, kapitalistischer Gesellschaften« auswirken kann (ebd.: 62).

Resümierend lässt sich festhalten, dass die Mikro- und Makroebenen der Einsamkeit bzw. der sozialen Isolation analytisch nicht unabhängig voneinander sind, sondern sich wechselseitig beeinflussen. Theoretisch können Bedingungen bzw. Faktoren der individuellen oder der gesellschaftlichen (soziokulturellen und sozialstrukturellen) Ebene zugeordnet werden. Die vielfältigen Interdependenzen können jedoch nur angedeutet und müssen mitgedacht werden. Die Gefühlslage der Einsamkeit ist ein relationales und multidimensionales Phänomen, und daher trägt jeweils eine Vielzahl individueller und gesellschaftlicher Bedingungen bzw. Faktoren zur Entstehung, Modifikation und zum Fortbestehen des Gefühls bei. Es gibt einzelne empirisch belegte Zusammenhänge; meist ist jedoch nicht zu sagen, ob einzelne Faktoren wie beispielsweise der Sozial- oder Gesundheitsstatus Ursache, Begleiterscheinung oder Folge der Einsamkeit sind (vgl. Lauth/Viebahn 1987; Döring 1994; Buba/Weiß 2003: 17).

Im historischen Rückblick wurde durch die überwiegende Thematisierung der »positiven, schöpferischen Einsamkeit« (Bitter 1967: 12) in stärkerem Maße die individuelle Ebene und die (freiwillige) sozial isolierte Positionierung des Einzelnen zur und in der Gesellschaft angesprochen (vgl. Kapitel 5.1). Der aktuelle mediale, politische und wissenschaftliche Diskurs betont die gesellschaftliche Ebene und benennt hier soziokulturelle, soziodemographische (z.B. gestiegene Lebenserwartung oder die Zunahme der Einpersonenhaushalte) und sozialstrukturelle Entwicklungen wie Urbanisierung, Individualisierung, soziale Mobilität, Entsolidarisierung, Erosion sozialer Beziehungen, Technisierung und Digitalisierung, welche die subjektive Gefühlslage der Einsamkeit negativ beeinflussen können (vgl. Kapitel 5.2 und 5.4.6). Auf der individuellen Ebene werden biographische Krisenereignisse bzw. Übergänge und gesundheitliche Beeinträchtigungen bzw. Alter(n)sprozesse als mögliche einsamkeitsbegünstigende Bedingungen benannt – mitunter in Verbindung mit Appellen an die Eigeninitiative bzw. Eigenverantwortung der Betroffenen. Besonderes Augenmerk in der kritischen Einsamkeitsdebatte gilt den Auswirkungen defizitärer sozialinfrastruktureller Rahmenbedingungen der Armuts-, Städtebau- und Wohnungspolitik, welche sich in Form unzureichender öffentlicher Begegnungs- und eingeschränkter Möglichkeiten der sozialen Teilhabe manifestieren können. Durch diese Kontextualisierung wird auch

hervorgehoben, dass bestimmte gesellschaftliche Gruppen in besonderem Maße von Einsamkeit betroffen sein können. Sowohl die Theorie als auch die Empirie der Einsamkeitsforschung weisen darauf hin, dass sozial exkludierte bzw. marginalisierte Personen(-gruppen) potenziell ein höheres Einsamkeitsrisiko haben. Durch die Verschränkung und wechselseitige Verstärkung der Dimensionen von sozialer Exklusion und Einsamkeit bzw. sozialer Isolation ist sowohl eine objektiv begründete als auch eine subjektiv wahrgenommene soziale ›Randstellung‹ umschrieben. Die Verschränkung von subjektiver Einsamkeit und objektiver sozialer Exklusion unterstreicht, dass Einsamkeit nicht nur eine individuell, sondern auch gesellschaftlich relevante Problemlage darstellt.

6.4 »Turn away« – der gesellschaftliche Umgang mit Einsamkeit

Die Gefühlslage der Einsamkeit wird in der Fachliteratur übereinstimmend als ein weitestgehend verborgenes Phänomen betrachtet (Perlman/Joshi 1987: 64). Einsame Personen scheinen meist still und für andere unsichtbar zu leiden (ebd.: 65).

In der Einsamkeitsforschung werden Verhaltensweisen der Abwehr, der Ablehnung und der Verdrängung gegenüber dem Forschungsgegenstand mit dem »turn away-Phänomen« beschrieben (Elbing 1991: 14; Bohn 2006: 14). Die Abwehrreaktionen können sich in Interaktionen beispielsweise im körperlichen Ausdruck der Abwehr und der Abwendung, in der Schwierigkeit zuzuhören oder sich ungezwungen auf die Thematik einzulassen äußern (Elbing 1991: 14). Der »turn away« kann bereits durch die Verwendung des Begriffs selbst ausgelöst werden. Neben der verbalen Thematisierung scheinen nonverbale Signale im Ausdruck und Verhalten dem Gegenüber die Gefühlslage der Einsamkeit zu verraten und entsprechende Abwehrreaktionen auszulösen (Puls 1989: 316).

In der Bewertung sozialer Beziehungen können sozial erfolgreiche von abweichenden, unerwünschten oder gescheiterten Ausprägungen der Soziabilität unterschieden werden (Perlman/Joshi 1987: 65). Einsamkeit und soziale Isolation passen kaum zum Idealbild einer sozialfähigen und -kompetenten Person, sondern sind meist mit einem defizitären Bild der eigenen Existenz verknüpft und erscheinen als ein verborgenes Stigma (Perlman/Joshi 1987: 65; Bohn 2018: 134). Erving Goffman (1963/2012) vertrat die Auffassung, dass Menschen in sozialen Interaktionen vorrangig darum bemüht sind, »ihr Gesicht nicht zu verlieren« und aus Schamgefühl soziale Makel nach Möglichkeit zu verbergen suchen (ebd., zit.n. Flam 2002: 113; vgl. Perlman/Joshi 1987: 65; Bohn 2006: 9 und 227).

Einsame Personen versuchen ihre Gefühlslage zu verbergen, nach Möglichkeit sogar vor sich selbst, oder es gelingt ihnen nicht, ihre eigene Befindlichkeit zu erkennen (Perlman/Joshi 1987: 65). Das Einsamkeitsgefühl verdeutlicht schmerzhaft, dass das soziale Leben nicht zufriedenstellend ist, und dass auch die Anerkennung und Bestätigung durch andere fehlen (Svendsen 2016: 218). Minderwertigkeitsgefühle können auftreten. Ein Eingeständnis wirkt (zunächst) nicht schmerzlindernd, sondern lenkt das Bewusstsein auf das unangenehme Gefühl und verstärkt die Aversion. Die Offenlegung fällt schwer, da die Reaktionen des Gegenübers ungewiss sind: Der Betroffene wünscht sich emotionale Zuwendung und befürchtet Ablehnung und Unverständnis. Es besteht

möglicherweise die Sorge, dass die Entblößung der inneren Befindlichkeit von anderen als indirekte Bitte um Unterstützung (miss)interpretiert und in der Folge lediglich Verpflichtungsgefühle auslöst (Bohn 2006: 223). Mit der anhaltenden Dauer der Einsamkeit kommt erschwerend hinzu, dass sich meist das (Bewältigungs-)Verhalten ändert, und die vorhandenen sozialen Kompetenzen seltener eingesetzt werden (Cacioppo/Patrick 2011: 15). Die sozialen Kognitionen können beeinträchtigt und die Perspektiven der anderen häufig nicht mehr angemessen eingeschätzt werden (ebd.: 18).

Es gibt Faktoren, die die Enthüllung wahrscheinlicher machen und solche, die diese eher behindern. Entscheidend sind zunächst einmal die Form und Intensität der Einsamkeit: Mit zunehmender Dauer fällt das Eingeständnis immer schwerer (Perlman/Joshi 1987: 67). Folgt man der Unterscheidung von Weiss zwischen emotionaler und sozialer Einsamkeit ist es auch denkbar, dass andere zuverlässige und vertraute Personen zur Unterstützung bei Krisenereignissen bereitstehen: Bei sozialer Einsamkeit infolge eines Umzugs kann die Hilfe durch Familienangehörige und bei emotionaler Einsamkeit nach dem Verlust der Partner:in durch den Freund:innen- und Bekanntenkreis erfolgen. Personen, die jedoch sowohl an emotionaler wie sozialer Einsamkeit leiden, fehlen solche unterstützenden Personen (Perlman/Joshi 1987: 69).

Das soziale Umfeld reagiert jedoch auch unterschiedlich – abhängig von den ›Auslösern‹ der Einsamkeit: Einsamkeit aufgrund äußerer Umstände (z.B. Tod einer engen Bezugsperson) wird weniger kritisch und abwertend betrachtet als eine Einsamkeit wegen innerer Umstände (z.B. beeinträchtigte Sozialfähigkeit) (ebd.: 67). Die Zurückweisung und die negative Bewertung ist zudem abhängig von Persönlichkeitsfaktoren wie Geschlecht, Bildung und sozialen Kognitionen: Frauen werden seltener zurückgewiesen als Männer. Personen mit positiven sozialen Überzeugungen und einer höheren Bildung können durch Hilfsappelle ihr Gegenüber besser erreichen (ebd.).

Auch wenn Menschen selbst in engen Beziehungen eher geneigt sind, nicht über ihre Einsamkeit zu sprechen, gibt es soziale Bedingungen, die eine Offenlegung wahrscheinlicher machen (ebd.: 69). Beispielsweise dann, wenn mit einer positiven Reaktion gerechnet wird, keine Zweifel an der potentiellen Unterstützung durch die anderen bestehen und davon ausgegangen wird, dass das ›Geheimnis‹ vom Gegenüber gehütet wird (ebd.: 69f.). Ungeachtet potentiell günstiger Umstände neigen die meisten einsamen Personen jedoch dazu, ihre sozialen Kontakte zu reduzieren und verstärken hierdurch ihr Einsamkeitserleben (ebd.: 71). Die Gefühlslage der Einsamkeit schließt in einen ›emotionalen Kokon‹ ein, und diese für andere unsichtbare ›Umhüllung‹ verdichtet sich mit anhaltender Dauer, so dass etwaige Kontaktversuche – sei es durch die Betroffenen selbst oder durch ihr soziales Umfeld – immer verzerrter und schwächer zur anderen Seite durchdringen.

Was den Austausch mit Personen in ähnlicher Lage anbelangt, so finden sich widersprüchliche Hinweise: Perlman und Joshi (ebd.: 71) schätzen derartige Kommunikationen eher unterstützend als stigmatisierend ein. Andere empirische Untersuchungen unterstreichen dagegen, dass sich paradoxerweise gerade hoch einsame Personen in stärkerem Maße voneinander ›abgestoßen‹ fühlen – vermutlich aufgrund gegenseitiger negativer Attributionstendenzen (Puls 1989: 313; Cacioppo/Patrick 2011; Svendsen 2016: 99).

Das Offenlegen der Gefühlslage kann grundsätzlich unterschiedliche Konsequenzen haben: Die Einsamkeit kann durch Verständnis und Zuwendung gemindert werden,

oder die negative bzw. abwehrende Reaktion des Gegenübers verstärkt das Empfinden der Einsamkeit als Stigma und führt dazu, dass zukünftig die eigene Befindlichkeit stärker verborgen wird (Perlman/Joshi 1987: 64). Personen mit wenigen Kontakten neigen dazu, mit der Zeit immer einsamer zu werden (Cacioppo/Patrick 2011). Mit anhaltender Dauer der Einsamkeit fällt es ihnen immer schwerer, anderen zu vertrauen und neue soziale Kontakte zu knüpfen. In ihrem sozialen Umfeld gibt es andererseits eine Tendenz, sich von ihnen zurückzuziehen bzw. sie auszuschließen. Folgt man der *Induktionsthese* (vgl. Kapitel 5.4.4) kann dieses Verhalten des Umfelds auch als Strategie gegen die emotionale ›Ansteckung‹ bzw. zum Schutz vor eigener Einsamkeit verstanden werden.

Die Scheu vor der Auseinandersetzung mit der Thematik scheint weit verbreitet und ist für alltägliche, öffentliche und wissenschaftliche Zusammenhänge beschrieben (z.B. Peplau/Perlman 1982: xi; Weiss 1982: 71; Elbing 1991: 14ff.; Bohn 2006; Cacioppo/Fowler/Christakis 2009). Es besteht eine allgemeinmenschliche Tendenz, in keiner Weise von Einsamkeit ›berührt‹ zu werden – weder direkt noch indirekt. Sowohl einsame als auch nicht einsame Personen sind eher geneigt, sich von dieser mit Scham besetzten Emotion abzuwenden (Elbing 1991: 80).

Manche Autor:innen erklären die Barrieren im Zugang und Umgang der Einsamkeit mit einer gesellschaftlichen Tabuisierung oder Stigmatisierung der Thematik (Weiss 1982; Puls 1989: 80; Elbing 1991: 14; Bohn 2006: 16) und begründen damit auch den zurückhaltenden Umgang mit Einsamkeit in der Wissenschaft. Andere Forscher:innen bestätigen zwar die ›Vernachlässigung‹, widersprechen aber der Annahme, dass die gesellschaftliche Stigmatisierung für die mangelnde Beachtung in der Wissenschaft maßgeblich sei (Perlman/Joshi 1987: 75; Katschnig-Fasch 2001: 60).

Jede Gesellschaft verfügt über eine spezifische Gefühlsausstattung und einen dadurch bestimmten Erfahrungsraum (Hahn 2010: 7). Der historische Rückblick hat verdeutlicht, dass Einsamkeit im Verlauf der Jahrhunderte mit verschiedenen inneren Zuständen (Verbundenheit mit Gott, Selbstgenuss, Chance der Selbstwerdung, Vervollkommnung der Persönlichkeit, Erleben echter Freiheit, Voraussetzung für Geistesarbeit und schöpferisches Tun, Ausgeschlossensein) und äußeren Situationen bzw. Handlungen (Naturerleben, Einöde, Abgeschiedenheit) verknüpft war.

Welche aktuelle Bewertung erfährt die Gefühlslage der Einsamkeit? Parallel zur gesellschaftlichen Differenzierung und Pluralisierung finden sich sowohl positive als auch negative Konnotationen, wobei letztere den Diskurs dominieren. Einsamkeit wird vor allem als belastend und durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen verursacht beschrieben. Die Gefühlslage der Einsamkeit betrifft jedoch nicht alle Gesellschaftsmitglieder gleichermaßen, sondern vor allem Personen mit beschränkten Ressourcen. Eine ›starke‹ (organisierte) Lobby für diese ›schwachen Interessen‹ ist nicht auszumachen; am ehesten findet sie sich noch in der Befürwortung der sozialen Unterstützung älterer, gesundheitlich beeinträchtigter einsamer Personen. Der Zusammenhang von Alter, Krankheit und Einsamkeit könnte demzufolge als ein aktuelles »Korrelat« (Hahn 2010: 9) interpretiert werden, welches gesellschaftlich anerkannt ist. Die Einsamkeit anderer sozial benachteiligter Gruppen – etwa infolge von Einkommensarmut, psychischen Erkrankungen oder Arbeitslosigkeit – scheint jedoch nicht im selben Maße akzeptiert. Im gesellschaftlichen Umgang mit diesen Betroffenen verschränken sich möglicherweise der »turn away« von Einsamkeit und die Ressentiments gegenüber sozial marginalisierten

bzw. exkludierten Gruppen. Puls (1989: 399) vertritt die Annahme, dass soziale Isolation und Einsamkeit verstärkt auftreten, wenn die gesellschaftlichen Verhältnisse durch sozialstrukturelle Ungleichheit geprägt sind. In Weiterführung dieser Hypothese könnte nun abgeleitet werden, dass die zunehmende soziale Spaltung der Gesellschaft (z.B. Kronauer/Siebel 2013; Butterwegge 2020) möglicherweise auch mit einer wachsenden sozialen Ungleichheit im Auftreten der Einsamkeit einhergeht.

7. Quantitative Datenerhebung unentdeckter Todesfälle in zwei Städten

Die Ausführungen zum Forschungsstand *unentdeckter* Tode haben verdeutlicht, dass für die wissenschaftliche Analyse des Phänomens in Deutschland nicht nur theoretische, sondern auch empirische Forschungsergebnisse fehlen. Dies gilt sowohl für quantitativ als auch für qualitativ ausgerichtete Ansätze. Die eigene Arbeit beabsichtigt dieses grundlegende Wissens- und Forschungsdefizit zu verringern und eine breite, sozialwissenschaftlich fundierte Grundlage zu erarbeiten.

Im siebten und achten Kapitel steht die erstmalige längsschnittliche Vollerhebung *unentdeckter* Todesfälle in zwei deutschen Großstädten im Mittelpunkt. In der Auswertung von ca. 71.000 Sterbefallanzeigen sind mehr als 3.400 Todesfälle von im privaten Umfeld verstorbenen volljährigen Personen mit einer Liegezeit von mindestens zwölf Stunden an zwei aufeinanderfolgenden Tagen erfasst. Die Analyse der Todesfälle – nach Liegezeit differenziert – zeigt, dass die Mehrheit der Verstorbenen innerhalb der ersten Woche nach Todeseintritt und eine kleinere Gruppe nach mehr als sieben Tagen, mehreren Wochen oder Monaten und in Einzelfällen auch erst nach Ablauf eines Jahres aufgefunden wird.

Die Datenauswertung erfolgt für jede Kommune sowohl für die Gesamtgruppe der *unentdeckt* Verstorbenen als auch für die Teilgruppe der Verstorbenen mit einer Liegezeit von mehr als sieben Tagen. Das statistische Profil der Verstorbenen in den Gesamt- und Teilgruppen unterscheidet sich beispielsweise hinsichtlich des Geschlechts, Todesalters und des Familienstands. Die differenzierte Analyse der Liegezeit weist in Korrelation mit anderen Indikatoren auf Personen(-gruppen), die in stärkerem Maße gefährdet sind, nach längerer Liegezeit aufgefunden zu werden.

Außerdem zeigt sich für beide Orte, dass die Todesfälle im Stadtgebiet nicht gleichmäßig, sondern sozialräumlich segregiert auftreten. Da sich die Erhebung auf den Zeitraum einer Dekade (2006 bis 2016) bezieht, sind auch differenzierte Aussagen zur quantitativen Entwicklung der Todesfälle im Verlauf des Untersuchungszeitraums wie auch im Verhältnis zu den Referenzdaten der allgemeinen Sterbestatistik der beiden Städte möglich. Die oben genannten Rahmendaten (das heißt: ca. 3.400 *unentdeckte* Tode bei insgesamt ca. 71.000 Sterbefällen) weisen auf einen Anteil von ca. fünf Prozent der *unent-*

deckten Tode an allen Sterbefällen und liegen damit unter dem für Kopenhagen (Smith/Larsen/Rosdahl 2001) und für Yokohama (Kakiuchi et a. 2019) ermittelten Anteil von ca. 15 Prozent. Wenn jedoch die Todesfälle im institutionellen Kontext unberücksichtigt bleiben und nur diejenigen im privaten Umfeld mit einem Anteil von 23 Prozent (Dasch et al. 2015) zugrunde gelegt werden, beträgt der Anteil der *unentdeckten* Tode an allen Sterbefällen der Städte durchschnittlich ca. 22 Prozent (vgl. Kapitel 3.2). Dies bedeutet für die beiden Kommunen, dass mindestens jede fünfte Person im privaten Umfeld sozial unbegleitet verstorben ist.

Die Datenerhebung bezieht sich auf zwei nordrhein-westfälische Kommunen. Die Auswertung der erhobenen Variablen erfolgt für beide getrennt und lässt Übereinstimmungen und Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens wie auch der Ausprägungen erkennen.

Der Vergleich gilt als spezifischer Zugang zur Erforschung urbaner Entwicklungen und hat in den Sozialwissenschaften als Methode eine lange Tradition (ILS 2018: 6f.). In der empirischen Sozialforschung und insbesondere in der Sozialstrukturanalyse nimmt die Anzahl komparativer Studien zu (Petermann 2007: 91). Das Aufzeigen von Übereinstimmungen und Differenzen bzw. Diversität sollte mit Sensibilität gegenüber den spezifischen Kontextbedingungen einer Stadt erfolgen (ILS 2018: 7f.). Bei der komparativen Methode handelt es sich nicht um ein rein methodisches Vorgehen, sondern der Vergleich ist eng mit den theoretischen Fragestellungen verbunden, und es ist zunächst zu bestimmen, warum und in welcher Hinsicht verglichen wird (Vogelpohl 2013: 62). In der vergleichenden Forschung kann grob zwischen universalistischen und kulturalistischen Ansätzen unterschieden werden (ILS 2018: 11). In der ersten Perspektive geht es darum, generelle Gesetzmäßigkeiten oder Regeln in der Herausbildung urbaner Phänomene zu suchen. Die zweite Richtung hebt die Besonderheiten kultureller Faktoren hervor und sieht diese als Ergebnis des jeweiligen Zusammenwirkens kultureller Ereignisse, Bedingungen und Entwicklungen in einem historischen Kontext. Ein dritter Standpunkt argumentiert für einen Kompromiss der beiden Ansätze. In dieser Auslegung zielt vergleichende Forschung darauf ab, soziale Phänomene sowohl durch das Wirken universell-systemischer Faktoren als auch durch spezifische zeit-, ort- und kulturabhängige Faktoren zu erklären (ebd.). Stadtforschung erfolgt problemorientiert, und die Wahl der Methode – die grundsätzliche Entscheidung zwischen einem fallstudien- oder statistischen bzw. erhebungsbasierten Design – hängt vom jeweiligen wissenschaftlichen Problem ab (ebd.). Quantitative Vorgehen betonen den Umfang und die inhaltliche Reichweite (»scope«), qualitative Studien hingegen insbesondere den Aspekt der inhaltlichen Tiefe (»depth«) (ebd.). Aus forschungspraktischen Gründen werden in erhebungsbasierter Forschung nur eingeschränkt lokalräumliche Spezifika berücksichtigt, und das primäre Forschungsziel liegt in der Identifizierung übergeordneter Gemeinsamkeiten und Unterschiede (ebd.).

Die komparative Methode wurde auch von Buster et al. (2014) zur Erforschung der Inzidenz von »Woninglijken« in vier niederländischen Agglomerationen angewandt. Die Ergebnisse basieren auf der Auswertung von Obduktionsberichten der Rechtsmedizin und sind somit nicht auf alle Sterbefälle der vier Großstädte im Untersuchungszeitraum bezogen. Die eigene Analyse wertet dagegen die Sterbefallanzeigen der Standesämter aus und umfasst alle Todesfälle der Jahre 2006 bis 2016 in Aachen und Gelsenkirchen.

Die Mortalitätsverhältnisse *unentdeckter* Tode werden in vergleichender Perspektive dargestellt und erläutert. Die zehn Vergleichsdimensionen sind aus den verfügbaren Daten der Dokumente abgeleitet und beziehen weitere Informationen der städtischen Statistik – beispielsweise zur Bevölkerungsentwicklung – ein. Die Analyse erfolgt für beide Orte nach demselben Forschungsdesign, wodurch der Blick für das Verallgemeinerbare und das Besondere, Kontextgebundene, geschärft wird.

Durch die quantitative Erhebung können die eingangs formulierten Forschungsfragen zur Empirie (*wie viele*?), zum statistischen Profil (*wer*?) und zur Verteilung der Sterbeorte nach Postleitzahlen (*wo*?) direkt beantwortet werden, die sozialen Hintergründe der Verstorbenen (*warum*?) können zumindest indirekt – durch die Interpretation der Liegezeit und der Verteilung der Todesfälle nach Postleitzahlen – abgeleitet werden. Die Dauer der Liegezeit ermöglicht Rückschlüsse auf die soziale Einbindung der Verstorbenen sowie die Auswertung der Postleitzahlen der Sterbeorte eine grobe Einschätzung der sozialstrukturellen Lebens- und Sterbeverhältnisse möglich macht.

Die Ausführungen zur quantitativen Erhebung finden sich in zwei Kapiteln mit den inhaltlichen Schwerpunkten der Hinführung sowie der Auswertung und Interpretation. Im siebten Kapitel werden zunächst der Zugang zur Thematik und zur Datenquelle beschrieben. Im Anschluss werden die beiden Untersuchungskommunen portraitiert. Die beiden abschließenden Abschnitte beschreiben die Vorbereitung und Durchführung der Erhebung sowie die Konzeptualisierung und Operationalisierung der Variablen der statistischen Auswertung.

7.1 Zugang zur Thematik und zur Datenquelle

Die Analyse des Forschungsstands hat das Fehlen empirischer Daten zur Inzidenz und quantitativen Entwicklung als bedeutendes Manko erkannt. Da die amtliche Sterbestatistik *unentdeckte* Tode nicht gesondert erfasst und außerdem keine aufbereiteten Daten vorliegen, bleiben nur zwei Zugangsmöglichkeiten zur Analyse der gesamten Sterbefälle einer Kommune und damit auch zur Identifizierung aller *unentdeckten* Todesfälle: Einerseits über die Todesbescheinigungen der unteren Gesundheitsbehörden (Gesundheitsämter) und andererseits über die Sterbeurkunden (bzw. Sterbefallanzeigen) der Standesämter. Andere Stellen in der kommunalen Verwaltung wie die Ordnungs- und Sozialämter wie auch die Polizeibehörden haben zwar ebenfalls Kontakt mit *unentdeckten* Toden, verfügen aber lediglich über beschränkte Informationen zu Teilgruppen.

Der Zugang zu Daten *unentdeckt* Verstorbener ist wie bei lebenden Personen geschützt und genehmigungspflichtig. Die Weitergabe der Sozialdaten zu Forschungszwecken wird von den angefragten kommunalen Stellen gemeinsam mit den Datenschutzbeauftragten entschieden. Informationen der lokalen Polizeibehörden erfordern die Genehmigung des Landesministeriums für innere Angelegenheiten. Die Rechtsgrundlagen, die den Umgang mit den sensiblen Daten in den Todesbescheinigungen der Gesundheitsämter bzw. den Sterbeurkunden (respektive den Sterbefallanzeigen) der Standesämter bestimmen, unterscheiden sich: Einerseits sind die Landesgesetze zum Friedhofs- und Bestattungswesen (z.B. *Bestattungsgesetz Nordrhein-Westfalen* (*BestG NRW*)) und andererseits das *Bundes-Personenstandsgesetz* (*PStG*) maßgeblich. Außerdem

müssen die Vorgaben des *Bundesdatenschutzgesetzes* (*BDSG*), der Datenschutzgesetze der Bundesländer und der *Europäischen Datenschutz-Grundverordnung* (*EU-DSGVO*) beachtet werden. Sowohl der Paragraph 9 des *BestG NRW* als auch der Paragraph 66 des *PStG* sehen aus wissenschaftlichen Gründen die Möglichkeit der Einsichtnahme in die Todesbescheinigungen bzw. Sterbedokumente auf Antrag und unter Berücksichtigung bestimmter Auflagen vor.

Nach mehreren abgelehnten Anträgen auf kommunaler und ministerialer Ebene, die mit dem Verweis auf den über den Tod hinausreichenden Datenschutz – bzw. auf das das öffentliche Interesse in erheblichem Maße überwiegende Geheimhaltungsinteresse der Verstorbenen und der Angehörigen – begründet wurden, genehmigte das *Ministerium für Kultur und Wissenschaft* (*MKW*) des Landes Nordrhein-Westfalen zum Jahresanfang 2018 den Antrag auf Einsichtnahme in die Personenstandsregister nach Paragraph 66 des *PStG*. Dies geschah allerdings unter dem Vorbehalt, dass die endgültige Entscheidung von den Standesämtern der Kommunen getroffen werde. Die Kontaktaufnahme mit den Behördenvertreter:innen vor Ort erfolgte sofort. In Aachen wurde innerhalb eines Monats die positive Entscheidung getroffen, in Gelsenkirchen nach mehr als sechs Monaten. Außer dem Datenschutzkonzept, welches dem Antrag beigelegt war, wurden in beiden Standesämtern vor Aufnahme der Erhebung Datenschutz-Erklärungen unterzeichnet, welche die Durchführung und den Umgang mit den Daten näher ausführten. In Aachen konnten die Daten elektronisch erhoben werden, in Gelsenkirchen musste die Erfassung handschriftlich erfolgen, wobei das Papier von der Behörde zur Verfügung gestellt wurde. Dadurch war ein zusätzlicher Schritt notwendig: die Übertragung der Daten in eine elektronische Datei.

Auch wenn die Identifizierung der Datenquellen für die quantitative Erhebung schnell gelang, brauchte es unerwartet viel Zeit für die Feststellung der zuständigen Entscheidungsinstanzen sowie für die Prüfung und die Bearbeitung auf hochschulinterner, ministerialer und behördlicher Ebene. So ist auch zu erklären, dass die Untersuchung lediglich den Zeitraum bis zum Jahr 2016 umfasst. Zum Zeitpunkt der Antragstellung und der Festlegung des Untersuchungszeitraums waren noch keine späteren Daten verfügbar. Es ist nicht auszuschließen, dass die Hemmnisse in Praxis und Forschung mit dem sehr ›zurückhaltenden‹ gesellschaftlichen Umgang mit bestimmten Aspekten der Sterbens- und Todesthematik zusammenhängen und hierdurch auch Abwehr und Zurückweisung in Genehmigungsverfahren verstärkt wurden.

7.2 Portraits der Städte

Die Auswahl von Gelsenkirchen und Aachen und damit die Beschränkung der Erhebung auf zwei Kommunen in Nordrhein-Westfalen erfolgt aus forschungspraktischen Gründen: Einerseits, um an die bisherige Forschung anschließen zu können; andererseits ist eine Vereinfachung dadurch gegeben, dass nur ein Antrag auf Einsicht in die Personenstandsregister nach Paragraph 66 des *PStG* gestellt werden musste. Im Folgenden werden die beiden Städte hinsichtlich ihrer geographischen Lage, Gebietsstruktur, Historie, ausgesuchter Indikatoren sowie besonderer Attraktionen beschrieben. Das Ziel der Darstellung ist es, die einzelne Stadt zu charakterisieren, nicht aber die Kommunen be-

wertend zu kontrastieren. In der Untersuchung geht es darum, das Phänomen *unentdeckter* Tode in der Stadt mittels eines universalistischen Ansatzes zu erforschen. Der Vergleich zielt auf die grundsätzliche empirische Fundierung *unentdeckter* Tode im städtischen Raum und auf die Identifizierung von Gesetzmäßigkeiten wie auch von beeinflussenden Rahmenbedingungen.

7.2.1 Aachen

Aachen liegt in der grenzüberschreitenden Euregio Maas-Rhein im Dreiländereck der Niederlande, Belgien und Deutschland. Aachen ist die westlichste deutsche Großstadt und gehört zur Metropolregion Rheinland. Das Stadtgebiet grenzt im Norden an die Städte Herzogenrath und Würselen, im Osten an die Städte Eschweiler und Stolberg, im Süden an die Gemeinde Roetgen und an Belgien sowie im Westen an Belgien und die Niederlande. Aachen hat mit seinen land- und forstwirtschaftlich geprägten Außenbezirken einen sehr hohen Grünflächenanteil von ca. 62 Prozent der Gesamtfläche (Stadt Aachen 2018: 15). Der Anteil der Siedlungsfläche liegt bei gut 29 Prozent (ebd.). Die Bevölkerungsdichte unterscheidet sich in den statistischen Bezirken und variiert zwischen ca. maximal 208 Personen in den innenstädtischen und ca. minimal drei Personen pro Hektar in den Randlagen der Stadt. Die durchschnittliche Bevölkerungsdichte liegt bei fast 16 Personen pro Hektar (ebd.: 13f.). Die Verwaltungsgliederung der Stadt Aachen umfasst sieben Stadtbezirke, die in zahlreiche statistische Bezirke unterteilt sind.

Aachen verweist auf eine 5000 Jahre alte Geschichte[1]: Zahlreiche heiße Quellen waren für die Kelten und später für die Römer der Grund, sich im Talkessel anzusiedeln. Durch die Kolonisation entwickelte sich eine hochstehende Badekultur sowie ein allgemein hoher Lebensstandard. Nach dem Abzug der römischen Truppen wurde das Gebiet im fünften Jahrhundert von Franken germanisiert. Dann folgte eine Zeit unter merowingischer, später dann karolingischer Herrschaft. Mit der Vollendung der karolingischen Pfalzanlage im Übergang zum neunten Jahrhundert vollzog sich die endgültige Konstituierung als königliche Hauptresidenz des damals von Karl dem Großen regierten fränkischen Reichs. Im Jahr 1166 bekam Aachen durch Kaiser Friedrich I. Barbarossa das Stadtrecht verliehen und wurde Reichsstadt. Vom frühen Mittelalter bis zur Reformation diente Aachen als Krönungsort zahlreicher römisch-deutscher Könige und Kaiser. Mit der Loslösung der Niederlande vom deutschen Reich im 16. Jahrhundert verlor Aachen seine zentrale geographische Position und wurde fortan von Frankfurt als Krönungsort abgelöst.

Im Jahr 1890 hatte Aachen erstmals mehr als 100.000 Einwohner:innen, durch Eingemeindungen wuchs die Stadt bis 1907 auf mehr als 150.000 Personen. Die Auswirkungen des ersten Weltkriegs waren deutlich spürbar. Bis 1929 standen Teile der Stadt unter belgischer Besatzung. Auch im zweiten Weltkrieg wurde Aachen aufgrund seiner Grenzlage stark unter Beschuss genommen, und es wurden große Teile der Stadt zerstört. Nach dem Kriegsende war Aachen von den belgischen und niederländischen Nachbar:innen aufgrund der geschlossenen Grenzen weitgehend abgeschnitten. Dies erschwerte den

1 Wenn keine andere Quelle angegeben ist, beziehen sich alle Angaben zur Historie Aachens auf die Ausführungen von Kraus (2011).

wirtschaftlichen Wiederaufbau, auch wenn der Bergbau zum Ausgleich besondere Förderung erfuhr.

Mit der Schaffung der *Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft* 1958 wurde die wirtschaftliche und nachbarschaftliche Vernetzung gestärkt[2]. Durch die Gebietsreform von 1972 wurde das Stadtgebiet Aachens durch Eingemeindungen nahezu verdreifacht und die Einwohnerzahl stieg auf fast 240.000 Personen. Im Jahr 1976 erfolgte die Gründung der *Euregio Maas-Rhein*, welche die grenzüberschreitende Zusammenarbeit fördern und koordinieren soll.

Bis zum Jahr 1994 nahm die Bevölkerung Aachens auf ca. 255.000 Personen zu. In den 1990er Jahren nahm die Zahl mit Schwankungen ab und senkte sich bis zum Jahr 2009 auf weniger als 245.000 Einwohner:innen. Seitdem ist die Bevölkerungszahl wieder steigend und hat Ende 2018 mit gut 257.000 Bürger:innen einen Höchststand erreicht (Statistikstelle Aachen). Die Studierenden der Aachener Hochschulen haben einen Anteil von ca. einem Fünftel der Gesamtbevölkerung (Stadt Aachen 2015). Ende 2017 betrug der Anteil der nichtdeutschen Bevölkerung ca. 17 Prozent und der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund ca. 19,5 Prozent, wobei ein bedeutender Anteil der ausländischen Bewohner:innenschaft zu den Studierenden der Hochschulen Aachens gehörte (Stadt Aachen 2018 und 2019)[3]. Das statistische Durchschnittsalter in Aachen betrug im Jahr 2016 ca. 40 Jahre (Stadt Aachen 2018, 24). Der Anteil der Einpersonenhaushalte an der Gesamtzahl betrug im Jahr 2017 gut 57 Prozent (Stadt Aachen 2017).

Aachen ist in besonderem Maße für seine Geschichte und das damit verbundene kulturelle, architektonische und archäologische Erbe bekannt. Dies spiegelt sich in der hohen Bedeutung des Dienstleistungssektors für die Stadt wider (Stadt Aachen 2015: 13ff.). Daneben ist die Wirtschaftsstruktur in starkem Maße durch die Vernetzung von Wissenschaft (Aachen hat fünf Hochschulen) und Industrie geprägt, wobei letztere ein weitgefächertes Profil aufweist (ebd.).

Die Arbeitslosenquote lag Mitte 2019 in der Städteregion Aachen bei 6,9 Prozent und der Anteil der SGB II-Bezieher:innen zum selben Zeitpunkt bei 4,9 Prozent (Arbeitsagentur 2019). Der Anteil der Bezieher:innen von Sozialtransfer-Leistungen (Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Grundsicherung im Alter) lag im Jahr 2016 gerundet bei 13 Prozent (Bertelsmann Stiftung 2019: o. S.). Die Pro-Kopf-Verschuldung belief sich Ende 2018 auf 3.498 Euro (WDR 1 o.J.)[4].

Kulturelle und sportliche Ereignisse von überregionaler Bedeutung sind die jährliche Verleihung des internationalen *Karlspreises* an Persönlichkeiten und Institutionen, welche sich um Europa und die europäische Einigung verdient gemacht haben. Seit dem Jahr 1924 ist Aachen auch Austragungsort des alljährlich stattfindenden Reitsport-Tur-

2 1967 wurde die Europäische Wirtschaftsgemeinschaft (EWG) durch die Europäische Gemeinschaft (EG) und diese wiederum 1993 durch die Europäische Union (EU) abgelöst.

3 Gemäß der Definition des Statistischen Bundesamtes hat eine Person einen Migrationshintergrund, »wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt« (Destatis 2020a).

4 Die höchsten Pro-Kopf-Verschuldungen sind für Mülheim an der Ruhr mit 10.105 Euro und Siegburg mit 10.969 Euro erfasst (WDR 1 o.J.).

niers *CHIO* Aachen. Außerdem ist Aachen ein staatlich anerkanntes Heilbad und Bischofssitz des Bistums Aachen.

7.2.2 Gelsenkirchen

Gelsenkirchen liegt im zentralen Ruhrgebiet und gehört zur Metropolregion Rhein-Ruhr. Die Kommune grenzt im Norden an die Städte Marl und Dorsten, im Osten an Herten und Herne, im Süden an Bochum und Essen und im Westen an Essen und Gladbeck. Das Stadtgebiet wird durch die Emscher und den parallel verlaufenden Rhein-Herne-Kanal in einen kleineren südlichen und einen größeren nördlichen Teil gegliedert. Der Norden und Osten der Stadt sowie der westlich gelegene Stadtteil Beckhausen sind teils land- bzw. forstwirtschaftlich geprägt. Südlich der Wasserwege sind die Stadtteile stark durch die montanindustrielle Vergangenheit mit entsprechender Wohnbebauung charakterisiert. Der Anteil der Siedlungsfläche in Gelsenkirchen liegt bei über 60 Prozent (Stadt Gelsenkirchen 2016a: 12); Wälder, Park-, Freizeit- und landwirtschaftliche Flächen haben einen Anteil von gut einem Viertel an der Gesamtfläche (ebd.: 13). Die Bevölkerungsdichte variiert in den 18 Stadtteilen zwischen maximal ca. 78 und minimal ca. 66 Personen je Hektar; durchschnittlich leben in Gelsenkirchen ca. 25 Personen pro Hektar (ebd.). Die Verwaltungsgliederung der Stadt Gelsenkirchen umfasst fünf Stadtbezirke, die sich in 18 Stadtteile untergliedern.

Trotz der mittelalterlichen Vorgeschichte – Gelsenkirchen wurde erstmalig um das Jahr 1150 urkundlich erwähnt – ist die heutige Stadt vor allem ein Resultat des Industriezeitalters[5]. Bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts war das Gebiet in und um Gelsenkirchen nur dünn besiedelt und fast ausschließlich landwirtschaftlich genutzt. Mit der Entdeckung der Steinkohle in der Mitte des 19. Jahrhunderts sowie der nachfolgenden Verkehrserschließung und Industrialisierung wurde Gelsenkirchen zu einem wichtigen Standort der Schwerindustrie und erfuhr einen starken Bevölkerungszuwachs. Im Jahr 1875 erhielt Gelsenkirchen das Stadtrecht. In den ersten Jahren der Industrialisierung kamen die Arbeitskräfte für die entstehenden Zechen und die Eisen- und Stahlindustrie aus der näheren Umgebung. Ende des 19. Jahrhunderts begann man, systematisch im Osten des Deutschen Reiches Arbeitskräfte anzuwerben, darunter ein hoher Anteil polnischsprachiger Arbeitskräfte.

Im zweiten Weltkrieg wurden ca. drei Viertel des Stadtgebiets und große Teile der Industrie durch Luftangriffe zerstört. Der Wiederaufbau erfolgte rasch. In der Nachkriegszeit waren Kohle und Stahl begehrte Rohstoffe, so dass die Montanindustrie einen starken Aufschwung erfuhr. In den 1950er Jahren bestand wiederum ein hoher Bedarf an Arbeitskräften, und man begann in Süd- und Südosteuropa Arbeitskräfte anzuwerben. Ende der 1950er Jahre begann im Ruhrgebiet die (erste) Kohlekrise: Es gab Absatzprobleme bei der Ruhrkohle und die weniger profitablen Zechen wurden geschlossen, und es kam zu einem drastischen Personalabbau. Die zweite Kohlekrise in den 1960er Jahren traf insbesondere Gelsenkirchen. Ab Mitte der 1970er Jahre kam die Krise der Eisen- und Stahlindustrie hinzu. Der montanindustrielle Wandel hat Gelsenkirchen aufgrund der

---

5 Für den historischen Rückblick wurde auf einen Bericht des *Instituts für Stadtgeschichte* (*ISG*) aus dem Jahr 2015 zurückgegriffen. Andere Quellen werden ausdrücklich erwähnt.

einseitig ausgerichteten Wirtschaftsstruktur besonders stark getroffen, und die Auswirkungen sind noch heute spürbar.

Die Arbeitslosenquote lag Mitte 2019 bei 12,9 Prozent und der Anteil der SGB II-Bezieher:innen zum selben Zeitpunkt bei 10,5 Prozent (Arbeitsagentur 2019). Der Anteil der Bezieher:innen von Sozialtransfer-Leistungen (Arbeitslosengeld II, Sozialhilfe, Grundsicherung im Alter) betrug im Jahr 2016 gerundet 26 Prozent (Bertelsmann Stiftung 2019). Die Pro-Kopf-Verschuldung belief sich Ende 2018 auf 5.290 Euro (WDR 1 o.J.).

Die Bevölkerungszahl Gelsenkirchens erreichte im Jahr 1958 mit gut 389.000 Einwohner:innen ihren historischen Höchststand. Seitdem sind die Zahlen – mit einer Unterbrechung in den 1990er Jahren – rückläufig. Der vorläufige Tiefststand wurde im Jahr 2012 mit ca. 257.000 Einwohner:innen erreicht. Durch Zuzug – vor allem von Personen mit Flüchtlings- oder EU-Zuwanderungshintergrund – wächst die Stadt seit 2013 wieder. Im Jahr 2019 hatte Gelsenkirchen ca. 265.000 Einwohner:innen (Stadt Gelsenkirchen 2019). Der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung betrug knapp 13 Prozent, der Anteil der nichtdeutschen Bevölkerung ca. 21 Prozent (ebd.). Das statistische Durchschnittsalter lag im Jahr 2016 bei fast 44 Jahren. Der Anteil der Einpersonenhaushalte an der Gesamtzahl der Haushalte betrug 2016 fast 48 Prozent (Stadt Gelsenkirchen 2020).

Die Entwicklung der Stadt ist in besonderem Maße durch die Montanindustrie bzw. den Strukturwandel und durch die verschiedenen Phasen der Zuwanderung geprägt. In der Außenbewertung (z.B. in verschiedenen Städterankings) wird der Stadt eine geringe Attraktivität und Lebensqualität zugesprochen (z.B. *IW Consult* 2018; *Zweites Deutsches Fernsehen* (*ZDF*) 2018).

7.3 Vorbereitung und Durchführung der Erhebung

Grundlage für die statistische Auswertung sind amtliche Dokumente, welche im Verwaltungsprozess zur Anzeige von Sterbefällen verwandt werden. Die darin notwendigen Angaben sind im Paragraphen 31 des bundeseinheitlichen *Personenstandsgesetzes* beschrieben, die Ausführungsverordnungen des Bundes und der Bundesländer konkretisieren die Bearbeitung. Das Verwaltungssystem folgt einer einheitlichen Logik und Praktik. Durch diese formale Vereinheitlichung gibt es keine bzw. kaum Unterschiede in der Ausführung zwischen einzelnen Behörden oder Regionen. Die Personenstandsdaten werden in derselben reduzierten Form festgehalten und die zielführende Erhebung wird nicht durch eine unübersichtliche Informationsfülle, wie sie beispielsweise bei Sozialhilfedossiers gegeben ist, erschwert (Neukomm/Salzgeber 2011: 23).

Bei der statistischen Auswertung der Sterbefallanzeigen handelt es sich um eine Form der quantitativ ausgerichteten Dokumentenanalyse. Infolge der Verrechtlichung und Organisierung aller Lebensbereiche haben Dokumente – vor allem in der Verwaltung – in starkem Maße an Bedeutung gewonnen (Wolff 2000: 502). Es ist ein typisches Merkmal von Organisationen, dass schriftliche Dokumente zur Darstellung der Wirklichkeit bevorzugt werden, und dass auf situative Verständigungen und unmittelbare Klärungen verzichtet wird (ebd.). Der Vorteil der Verschriftlichung liegt in einer höheren Reichweite der Kommunikation und in einer Unabhängigkeit von Zeit und Ort (ebd.).

Anders als freie Verschriftlichungen sind die in der eigenen Analyse verwandten Formblätter zur Erfassung von Sterbefällen standardisierte Artefakte, die keinerlei Raum für sonstige Anmerkungen außerhalb der festgelegten Kategorien und Antwortmöglichkeiten zulassen. Diese amtlichen Dokumente sind eigentlich nur für den behördeninternen Gebrauch bestimmt. Die eigene Untersuchung beschränkt sich darauf, die notwendigen Informationen aus der zugrunde liegenden Datenquelle ›Sterbefallanzeige‹ zu erheben. In dieser Arbeit bezieht sich der Begriff der Dokumentenanalyse eher auf die verwandte Forschungsmethode und weniger auf eine spezifische Zugangsweise zu schriftlichen Aufzeichnungen (vgl. Wolff 2000: 505). Hoffmann (2018: 15) weist darauf hin, dass Dokumente vor dem Hintergrund ihres Zwecks auch kritisch gelesen werden müssen. Diesem Anspruch folgend sei auf die Ausführungen in Kapitel 4.2 (Bürokratische Abwicklung) und 3.1 (Differenziertes Sterbekonzept) verwiesen, welche den eigentlichen formaljuristischen und Verwaltungszweck im organisatorischen Ablauf verdeutlichen. Eine aus den Daten abgeleitete Problematisierung oder kritische Hinterfragung findet bei der Bearbeitung auf behördlicher Ebene nicht statt.

Die kommunalen Standesämter sind für die Beurkundung von Geburten, Ehen und Todesfällen zuständig. In den Geburts-, Ehe- Lebenspartnerschafts- und Sterberegistern werden alle entsprechenden Fälle erfasst. Seit dem 01.01.2009 (mit einer Übergangsregelung bis zum 31.12.2013) werden die Erstregister der Personenstandsbücher elektronisch geführt und zusätzlich auch in Papierform archiviert.

Für die eigene statistische Erhebung wurden die Bearbeitungsunterlagen der Standesämter zur Erstellung der Sterbeurkunden gesichtet. Die einzelnen Sammelakten sind in Ordnern archiviert – meist in chronologischer Abfolge der Bearbeitung. Die Anzahl der Sterbefälle pro Ordner variierte zwischen 60 und 400 Fällen abhängig davon, ob außer den Sterbefallanzeigen auch andere für die Bearbeitung hinzugezogene Dokumente abgelegt waren. Die jährliche Anzahl der in den Standesämtern beurkundeten Todesfälle schwankte im Untersuchungszeitraum zwischen 2.521 (Aachen 2006) und 3.540 Verstorbenen (Gelsenkirchen 2008)[6]. Insgesamt mussten fast 71.000 Sammelakten gesichtet werden. Die Erfassung fand in Aachen im Zeitraum von März bis Juli 2018 und in Gelsenkirchen von September 2018 bis Februar 2019 statt.

Die Erhebung der Daten erfolgte händisch durch die Prüfung aller für einen Todesfall vorliegenden Informationen. Durch die Sichtung der zusätzlichen Dokumente war es nicht nur möglich, die amtliche Beurkundung von Sterbefällen zu ›begreifen‹, sondern auch einen Eindruck hinsichtlich der Umstände des Einzelfalls zu erlangen. Diese zusätzlichen Beobachtungen und Informationen sind zwar nicht in die statistische Auswertung eingeflossen, haben aber den wissenschaftlichen Zugang zum Feld geschärft und die Hypothesenbildung zum Hintergrund *unentdeckter* Tode befördert. Die Sichtung der Akten hat auch Einblicke in vermutlich tragische Sterbensumstände gegeben – wie sie beispielsweise bei erweiterten oder Doppel-Suiziden von (Ehe-)Paaren oder anderen

6 Die Anzahl der in Aachen beurkundeten Sterbefälle und die Anzahl der von der Statistikstelle der Stadt Aachen offiziell genannten Sterbefälle weichen deutlich voneinander ab: Im Jahr 2006 betrug beispielsweise die Anzahl der von der Statistikstelle benannten Sterbefälle 2.252 und die Anzahl der beurkundeten Fälle 2.521. Für die eigenen Berechnungen werden die Zahlen des Standesamts Aachen und damit die tatsächlich gesichteten Sterbefälle zugrunde gelegt.

Familienangehörigen angenommen werden. Auch Kindstötungen – meist durch die Eltern – werden häufiger erst nach längerer Zeit bemerkt. Das Aktenstudium hat kleine Einblicke in die Lebenssituation von Verstorbenen ermöglicht. *Unentdeckte* Tode erscheinen mitunter als logische Konsequenz und Schlusspunkt eines Lebens in weitgehender sozialer Isolation. Hinsichtlich mancher Todesfälle bleiben Fragen offen: Wie kann es beispielsweise geschehen, dass die ausbleibenden Lebenszeichen von Personen, denen zur Unterstützung und zum Schutz gesetzliche Betreuer:innen an die Seite gestellt sind, von diesen erst nach Ablauf eines Jahres bemerkt und an die Polizeibehörden gemeldet werden?

7.4 Konzeptualisierung und Operationalisierung

Die Mehrheit der ausgewerteten Sterbefallanzeigen ist von den Standesämtern selbst, ein geringerer Anteil von Bestattungsunternehmen, Institutionen oder Polizeibehörden ausgestellt worden. Die ›externen‹ Anzeigen erheben die nach Paragraph 31 notwendigen ›Basisdaten‹ zum Sterbefall, die internen Anzeigen enthalten meist auch die Meldedaten weiterer Beurkundungen (z.B. zur Geburt oder Eheschließung). Fehlende Angaben gibt es in den ›externen‹ Dokumenten wesentlich häufiger als in den Sterbefallanzeigen der Standesämter. Im Weiteren werden die für die quantitative Erhebung relevanten Angaben benannt und hieraus die Variablen und deren Operationalisierung abgeleitet und kurz begründet.

Todeszeitraum → ›Liegezeit‹

Für die Identifizierung eines *unentdeckten* Todesfalls ist die Angabe zum Todeszeitpunkt bzw. -zeitraum maßgeblich. Die einen Sterbefall Anzeigenden sind angehalten, hier möglichst exakte – minutengenaue – Angaben zu machen. Wenn ein Mensch allein verstorben ist, findet sich an Stelle eines Todeszeitpunkts meist ein Todeszeitraum. Der erste Wert bezeichnet den Zeitpunkt, an dem der Verstorbene nachgewiesenermaßen das letzte Mal lebend gesehen, oder ein sonstiges untrügliches Lebenszeichen von anderen bemerkt wurde[7]. Der zweite Wert markiert den Zeitpunkt der Auffindung.

In der empirischen Erhebung werden jedoch nur die Fälle mit ›Liegezeit‹ erfasst, die die folgenden drei Kriterien hinsichtlich Sterbezeit, -ort und -alter erfüllen.

Sterbezeit: Als ›unentdeckt‹ werden nur die Todesfälle bestimmt, bei denen die Verstorbenen frühestens am Folgetag ihres Todes aufgefunden werden, wobei zwischen dem Zeitpunkt der letzten Sichtung und dem Auffinden der Leiche mindestens zwölf Stunden vergangen sein müssen. Wenn jemand beispielsweise um drei Uhr in der Nacht tot aufgefunden wird und gegen 22 Uhr das letzte Mal lebend gesehen wurde – was im

7 Je länger der Tod zurückliegt, desto häufiger sind nur noch grobe Einschätzungen möglich, weil sich Zeugen nicht mehr an den genauen Tag der letzten Begegnung erinnern können, oder aber weil die Polizei zur Bestimmung des Todeszeitpunkts auf das Datum des ältesten im Briefkasten aufgefundenen Poststücks zurückgreift. Auch wenn aufgrund ungeklärter oder nicht-natürlicher Todesumstände eine Obduktion durchgeführt wird, ist der Todeszeitpunkt nach langer Liegezeit nur grob zu bestimmen (Madea/Dettmeyer 2003: A 3164).

institutionellen Kontext wie auch bei gemeinsamer Haushaltsführung nicht ungewöhnlich ist, so gilt dessen Tod nicht als ›unentdeckt‹. Anders verhält es sich, wenn jemand in seiner Wohnung am Abend um 19 Uhr das letzte Mal gesehen und am nächsten Morgen um neun Uhr tot aufgefunden wird. In diesem Fall wird dessen Tod als ›unentdeckt‹ bestimmt. Nach dieser Definition ist es möglich, dass die Zeit bis zum Auffinden einer verstorbenen Person innerhalb eines Tages länger ist und dessen Tod dennoch nicht als ›unentdeckt‹ bestimmt wird. Anders als in anderen Untersuchungen, die lediglich Fälle mit einer Liegezeit von mehr als sieben oder 14 Tagen berücksichtigen, wird in der eigenen Erhebung auf solche Beschränkungen bewusst verzichtet, um das Verhältnis ›niedriger‹, ›mittlerer‹ und ›hoher‹ Liegezeiten bestimmen zu können. Bei gleichzeitiger Berücksichtigung der sonstigen Variablen ist es so auch möglich, verschiedene Gruppen in der Gesamtheit der Verstorbenen zu identifizieren.

Sterbeort: Mögliche Sterbeorte sind Institutionen sowie der öffentliche, halböffentliche und private Raum. *Unentdeckte* Todesfälle in Einrichtungen sind äußerst selten und meist auf ›ungünstige‹ Rahmenbedingungen zurückzuführen (vgl. Kapitel 4.1). Die Liegezeit kann angesichts der besonderen Voraussetzungen hier ebenso wenig wie im öffentlichen Raum als Gradmesser für die soziale Einbindung ausgelegt werden, da die späte Entdeckung meist durch die Unzugänglichkeit des Ortes und die ›besonderen‹ Gegebenheiten bedingt ist. Es ist nicht auszuschließen, dass das soziale Umfeld bereits nach kurzer Zeit initiativ geworden ist, dass aber die Kontaktversuche wegen des abwegigen bzw. unbekannten Sterbeorts ergebnislos verlaufen. In der Analyse werden nur *unentdeckte* Todesfälle im privaten bzw. halböffentlichen Wohnumfeld (mit identischer Meldeadresse) erfasst. Mit halböffentlichem Raum wird die unmittelbare Wohnumgebung wie beispielsweise Garage, Keller, Dachboden oder Garten bezeichnet. Halböffentliche Orte sind einbezogen, da davon ausgegangen wird, dass die Örtlichkeiten dem sozialräumlichen Umfeld zugänglich sind. Die Sichtung der Dokumente zeigt, dass die Wahl des halböffentlichen Ortes häufiger im Zusammenhang mit der Todesart des Suizids steht. Möglicherweise wird von den Suizident:innen gezielt ein Ort außerhalb der eigenen Wohnung gewählt, welcher auch von der Nachbar:innenschaft frequentiert wird, um die Entdeckung der Leiche hierdurch zu begünstigen.

Aufgrund der Begrenzung auf das private respektive halböffentliche Wohnumfeld sind die Tode wohnsitzloser oder von Personen mit auswärtigem Wohnsitz in der Untersuchung nur dann erfasst, wenn diese in einer fremden Wohnung verstarben. Die Datenerhebung belegt hinsichtlich wohnsitzloser Personen auch vereinzelte – bis zu zehn Tage *unentdeckte* – Todesfälle in Übergangseinrichtungen, die jedoch wegen des Ausschlusses von Todesfällen in Institutionen nicht einbezogen wurden, wenngleich die späte Entdeckung hier vermutlich weniger mit der Unzugänglichkeit des Ortes als mit der fehlenden sozialen Einbindung zu begründen ist.

Sterbealter: Es werden nur die Todesfälle rechtlich volljähriger – das heißt mindestens 18-jähriger – Verstorbener erfasst. Grundsätzlich gibt es nur eine sehr kleine Anzahl *unentdeckter* Todesfälle im Kindesalter. Meist sind Unfälle oder Kapitalverbrechen ursächlich, und die verstorbenen Kinder werden oft im öffentlichen bzw. halböffentlichen Raum aufgefunden. Die Dominanz dieser Sterbeorte gilt auch für die zahlenmäßig häufigeren Todesfälle im Jugendalter, bei denen Suizide neben anderen äußeren Gewalteinwirkungen (z.B. Drogenmissbrauch) als Todesursache klar überwiegen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass als ›unentdeckte‹ Tode alle Fälle von im privaten bzw. halböffentlichen Wohnumfeld verstorbenen volljährigen Personen bestimmt werden, bei denen zwischen dem Auffinden der Leiche und der letzten Sichtung mindestens zwölf Stunden an zwei aufeinanderfolgenden Tagen vergangen sind. Die Angabe der ›Liegezeit‹ erfolgt durch die Anzahl der Tage bzw. durch die Zuordnung zu zeitlichen Kategorien.

Das Merkmal ›Liegezeit‹ wird als »Gradmesser der sozialen Einbindung« interpretiert. Aus der Ausprägung der Variablen ›Liegezeit‹ – auch in Verbindung mit anderen Merkmalen – wird der Status der sozialen Einbindung hergeleitet. Es wird angenommen, dass sich die sozialen Beziehungen der Verstorbenen in Quantität und Qualität unterscheiden, abhängig davon, ob diese binnen weniger Tage nach Todeseintritt oder erst nach Wochen oder Monaten ›entdeckt‹ werden. Es wird unterstellt, dass mit zunehmender Liegezeit zumindest tendenziell von einer ›schwächeren‹ sozialen Einbindung auszugehen ist. Das Konstrukt der ›sozialen Einbindung‹ wird weiter unten erläutert (vgl. Kapitel 7.4).

Todeszeitraum → ›Monat des Auffindens‹

Die Angabe zum Zeitpunkt der Entdeckung der Verstorbenen wird auch für die Bestimmung der Variablen ›Monat des Auffindens‹ verwandt. Die Auszählung des Merkmals dient der Erfassung der Häufigkeitsverteilung und möglicher Zusammenhänge mit weiteren Variablen. Es wird angenommen, dass der Zeitpunkt der Auffindung nicht nur durch zufällige bzw. ›offenkundige‹ sondern auch durch soziale Faktoren beeinflusst ist, und dass sich dies durch ein gehäuftes Auffinden der Verstorbenen in bestimmten Monaten des Jahres ausdrückt.

Geschlecht → ›Geschlecht‹

Die gesichteten Dokumente unterscheiden lediglich das männliche und das weibliche Geschlecht. Die bisherige Forschung verweist zwar eindeutig auf eine männliche Dominanz, aber gleichzeitig auch auf eine große Spannweite im Verhältnis der verstorbenen Männer zu den verstorbenen Frauen. Außer der Bestimmung dieses Geschlechterverhältnisses auf breiter empirischer Grundlage sind die Merkmale ›Geschlecht‹ sowie ›Liegezeit‹ von zentraler Bedeutung, da sie mit mehreren anderen Variablen – wie beispielsweise der Nachkommenschaft – korrelieren.

Geburtsdatum → ›Geburtsjahr‹ und ›Todesalter‹

Der Tag der Geburt ist im Gegensatz zum Todestag für alle Verstorbenen verfügbar. Für die Berechnung des Todesalters wird der erste Wert des Todeszeitraums (»letzte lebende Sichtung«) zugrunde gelegt, nicht aber der zweite Wert (»Tag des Auffindens«). Hierdurch wird vermieden, dass etwaige Geburtstage der Verstorbenen, die in diesen Todeszeitraum fallen, zur Ermittlung eines (fehlerhaften) höheren Todesalters führen. Die Berechnung erfolgte direkt bei der Sichtung der Dokumente, da aus datenschutzrechtlichen Gründen nur das Geburtsjahr erhoben werden durfte.

Geburtsort → ›Geburtsort‹

Hinsichtlich des Geburtsorts werden sieben Kategorien unterschieden: 1. Geburts- und Sterbeort sind identisch, 2. der Geburtsort liegt in der Region der Kommune (das heißt in den direkt angrenzenden Gemeinden), 3. bzw. in Nordrhein-Westfalen, 4. bzw. in Deutschland, 5. bzw. in Europa, 6. bzw. im außereuropäischen Raum und 7. ist unbekannt. Für die Zuordnung sind die heutigen Landesgrenzen entscheidend. Einige Verstorbene sind in Gebieten Ost- oder Südosteuropas geboren, welche bis zum Ende des zweiten Weltkriegs innerhalb der deutschen Landesgrenzen lagen. Heutzutage gehören diese Landstriche beispielsweise zu Polen, den baltischen Staaten, Belarus oder der Ukraine. Die dort befindlichen Geburtsorte sind den aktuellen Landesgrenzen entsprechend als europäisches Land erfasst worden. Der Vergleich von Geburts- und Sterbeort lässt zumindest tendenziell auf die sozial-räumliche Mobilität der Verstorbenen schließen[8]. Es geht darum zu überprüfen, ob Personen, deren Geburts- und Sterbeort übereinstimmen, sowohl anteilmäßig unterrepräsentiert als auch aufgrund einer möglichen stärkeren sozial-räumlichen Einbindung bzw. Vernetzung nach kürzerer Liegezeit aufgefunden werden als Personen, die im Verlauf ihres Lebens den Wohnort verändert und deswegen kürzere Lebensspannen am Sterbeort verbracht haben.

Religionszugehörigkeit → ›Religionszugehörigkeit‹

Die Religionszugehörigkeit wird nach Paragraph 31 des reformierten *Personenstandsgesetzes* (2007) nur auf Wunsch der Anzeigenden erfasst[9]. Fehlende Informationen können Verschiedenes bedeuten: 1. der Angabe ist widersprochen worden, 2. es liegt keine Zugehörigkeit vor, oder aber 3. die Religionszugehörigkeit der Verstorbenen ist unbekannt. Die Auswertung der Religionszugehörigkeit zielt auch darauf ab, Zusammenhänge mit der Liegezeit zu überprüfen. Möglicherweise ist mit der (mutmaßlichen) religiösen Einbindung auch eine (vor ›höheren‹ Liegezeiten schützende) soziale Einbindung verbunden. Eine im Vergleich mit den Referenzdaten unterdurchschnittliche Ausprägung einer Religionszugehörigkeit kann darauf deuten, dass diese Personen seltener von einem unentdeckten Tod betroffen sind.

Postleitzahl der Wohnadresse bzw. des Sterbeorts → ›Postleitzahl des Sterbeorts‹

Die überwiegende Mehrheit der *unentdeckt* Verstorbenen ist im eigenen, nur wenige in einem fremden Haushalt verstorben. Wenn die Meldeadresse nicht mit dem Sterbeort übereinstimmt, wird die Postleitzahl des Sterbeorts erfasst. Aus datenschutzrechtlichen Gründen war die Erfassung der Straße und der Hausnummer nicht zulässig. Bei der Sichtung wurde jedoch bemerkt, dass bestimmte Straßen und auch einzelne Wohnhäuser mehrfach auftraten. Die Postleitzahlen können bestimmten Stadtteilen (Gelsenkirchen) bzw. Bezirken (Aachen) zugeordnet werden. Hierdurch sind zumindest tendenzielle Aussagen zur sozial-räumlichen Verteilung der *unentdeckten* Todesfälle in den Städten möglich. Durch die Hinzuziehung sozialstruktureller Indikatoren können die dies-

8 Der Begriff der ›sozial-räumlichen‹ Mobilität ist unüblich und wird hier verwandt, um hervorzuheben, dass räumliche (geographische) Mobilität immer auch Veränderungen der persönlichen sozialen Beziehungen, der Interaktionen und der sozialen Verhältnisse bedingt.

9 Das im Jahr 2007 reformierte Personenstandsgesetz trat am 01.01.2009 in Kraft.

bezüglichen Aussagen präzisiert, und die Sozialräume mit einem gehäuften Auftreten grob gekennzeichnet werden.

Todesart → ›Todesart‹

Es werden »natürliche«, »ungeklärte« und »nicht-natürliche« Todesursachen unterschieden. »Suizide«, die eine mögliche nicht-natürliche Todesursache darstellen, werden gesondert erfasst. Der Hinweis »Suizid« findet sich in den Akten nur dann, wenn eine Obduktion durchgeführt und der Befund vermerkt wurde. In allen anderen Fällen sind Suizide den »nicht-natürlichen« oder »ungeklärten« Todesursachen subsumiert und können über die Sichtung der Dokumente nicht identifiziert werden. Die Anzahl der Suizide wird trotz der anzunehmenden hohen Dunkelziffer erfasst, da insbesondere über diese Todesart Rückschlüsse auf den Leidensdruck der *unentdeckt* Verstorbenen möglich sind, welcher auch auf eine durch Einsamkeit, soziale Isolation oder Exklusion bestimmte Lebenssituation zurückgeführt werden kann.

Familienstand → ›Familienstand‹

Die Kategorien des Familienstands entsprechen den herkömmlichen amtlichen Unterscheidungen. Der Familienstand »verheiratet« kann auch »getrennt lebend« bedeuten, da diese Kennzeichnung statistisch nicht gesondert erfasst wird. Im Rahmen der Datenerhebung zeigte sich dies dadurch, dass auch bei Todesfällen mit einer Liegezeit von mehreren Wochen oder Monaten mehrfach der Personenstand »verheiratet« vermerkt war. Der Familienstand ist immer wie amtlich beurkundet erhoben worden. Angesichts der zunehmenden Pluralisierung und Individualisierung der Lebensformen ist zudem anzunehmen, dass durch das Merkmal ›Familienstand‹ grundsätzlich nur vage Hinweise auf den mutmaßlichen Beziehungsstatus, die Haushaltsform und die soziale Unterstützung gegeben sind (vgl. Peuckert 2019: 133ff.).

Kinder und Abkömmlinge → ›Nachkommen‹

Für die Mehrzahl der Todesfälle ist die Angabe zu Kindern bzw. »Abkömmlingen« verfügbar[10]. Die eigene Erhebung unterscheidet jedoch nur zwischen dem Vorhandensein und dem Fehlen von Nachkommen. In der Auswertung wird die (vermeintliche) soziale Unterstützung durch die Nachkommen in Bezugnahme auf die Liegezeit abgeleitet. Es wird angenommen, dass Verstorbene mit Nachkommen tendenziell nach kürzerer Liegezeit aufgefunden werden als Personen ohne Kinder. Außerdem wird überprüft, ob sich dieser Zusammenhang in Verbindung mit einem höheren Todesalter noch deutlicher ausprägt.

Nicht berücksichtigte und fehlende Angaben

Die sonstigen Angaben der Sterbefallanzeigen zu Ehe- oder Lebenspartner:innen und zur Staatsangehörigkeit finden in der Erhebung keine Berücksichtigung. Die Angaben zusätzlicher Dokumente (z.B. Geburtsurkunde, Sterbeurkunde der Ehepartner:innen,

10 »Abkömmlinge« bezeichnen in der Rechtssprache die direkten Nachkommen einer Person. Hierzu zählen die ehelichen wie nicht-ehelichen Kinder, Enkel, Urenkel, Ur-Urenkel etc. sowie Adoptivkinder.

Scheidungsurteil, nichtvertraulicher Teil der Todesbescheinigungen) in den Sammelakten sind nur dann berücksichtigt worden, wenn die notwendigen Informationen nicht über die Sterbefallanzeigen gegeben waren.

Die vollständigen Angaben des Berufs sowie des Doktortitels sind nur für die Jahre 2006 bis 2008 vorhanden und fehlen seit Inkrafttreten des reformierten *Personenstandsgesetzes* am ersten Januar 2009 auf den meisten Dokumenten. Daher sind seitdem in Deutschland keine tendenziellen Rückschlüsse auf den sozioökonomischen Status der Verstorbenen mehr möglich. Diese Praxis steht im Gegensatz zu anderen Ländern, welche auf den amtlichen Todesbescheinigungen Informationen zum sozioökonomischen Status der Verstorbenen vermerken sowie auch landesweite Sterberegister führen, deren Informationen mit anderen amtlichen oder gesundheits- bzw. sozialwissenschaftlichen Datenquellen abgeglichen werden können (Lampert/Kroll 2014: 1). Die eigene Untersuchung versucht dieses Manko über die Ableitung der sozialstrukturellen Bedingungen der Sterbeorte auszugleichen.

Auswertung und Interpretation der Indikatoren

Die Auswertung der benannten Variablen bildet das Vorkommen *unentdeckter* Tode, deren quantitative Entwicklung und das statistische Profil der Verstorbenen ab. Außer zur Erhebung dieser direkten Ergebnisse werden die Merkmale auch zur Deutung der sozialen Hintergründe herangezogen. Die Durchschnittswerte und die Häufigkeitsverteilung von Variablen wie Geschlechtszugehörigkeit, Todesalter, Todesart oder Religionszugehörigkeit werden mit den Referenzdaten allgemeiner Sterbestatistiken verglichen. Eindeutige Abweichungen weisen auf Spezifika des Phänomens. Die Interpretation der Ergebnisse zielt auf die Ableitung der sozialen Einbindung wie auch der verfügbaren sozialen Unterstützung der *unentdeckt* Verstorbenen. Die Plausibilisierung erfolgt durch Hinzuziehung sozialwissenschaftlicher Quellen. Im Folgenden wird das dieser Arbeit zugrundeliegende Konstrukt der ›sozialen Einbindung‹ bestimmt.

Das Konstrukt der ›sozialen Einbindung‹

Die Mehrheit der *unentdeckt* Verstorbenen hat ohne Zweifel allein gelebt, und daher ist es nachzuvollziehen, dass der unbegleitete Tod zunächst unbemerkt blieb. Das Merkmal ›alleinlebend‹ darf jedoch nicht mit dem Merkmal ›Single‹ – einer Kennzeichnung des Beziehungsstatus – gleichgesetzt werden. Ebenso wenig ist es angemessen, davon auszugehen, dass Alleinlebende grundsätzlich über eine schwächere soziale Einbindung verfügen als Personen, die mit anderen in einem gemeinsamen Haushalt leben. Erst in Verbindung mit der Liegezeit kann aus der Wohnform auf die wahrscheinliche soziale Einbindung bzw. den Beziehungsstatus rückgeschlossen werden. Aber auch *unentdeckt* mit höherer Liegezeit zu versterben bedeutet nicht zwingend, sozial desintegriert gewesen zu sein (vgl. Kapitel 9). Ebenso wenig ist aus einer eintägigen Liegezeit sicher auf eine ›gute‹ soziale Einbindung zu schließen.

Die Liegezeit kann jedoch als ein Gradmesser der sozialen Einbindung ausgelegt werden und graduelle Abstufungen in der Quantität und Qualität der sozialen Beziehungen anzeigen. Hierzu gilt es – im Rückgriff auf die empirischen Ergebnisse – differente Zeiträume mit ›niedrigen‹, ›mittleren‹ und ›hohen‹ Liegezeiten festzulegen und damit

zu bestimmen, wann eine verstorbene Person tendenziell ›ausreichend‹, ›schwach‹ oder ›unzureichend‹ in soziale Beziehungen eingebunden war. Diese Normierung bezieht sich allein auf die Bewertung der Zeitspanne, welche bis zur Entdeckung des Todes durch das soziale Umfeld vergangen ist. Es kann jedoch posthum nicht gefolgert werden, ob und wenn ja, inwiefern diese bewertende Festlegung mit der subjektiven Perspektive auf die soziale Einbindung übereinstimmt.

Wenn Lebenszeichen von Menschen ausbleiben, so wird deren soziales und/oder räumlich nahes Umfeld in der Regel bemüht sein, der Ursache auf den Grund zu gehen und Kontakt zu diesen zu suchen – beispielsweise über Kommunikationsmittel oder das Aufsuchen signifikanter Orte bzw. der Wohnadresse. Die Zeit bis zum Auffinden eines Verstorbenen variiert abhängig davon, wann und in welcher Intensität sein soziales Umfeld initiativ wird. Es ist zu vermuten, dass sich das Engagement, abhängig von der Intensität und dem Charakter der Beziehung, unterscheidet. Nachbarn können beispielsweise bemerken, dass am Morgen nicht wie üblich die Tageszeitung aus dem Briefkasten genommen wird, oder aber, dass die Rollläden dauerhaft geschlossen oder offenbleiben. Nach einiger Zeit kann – abhängig von der Temperatur und der Umgebung – Verwesungsgeruch oder verstärkter Insektenbefall auftreten und im gemeinsamen Hausflur oder der eigenen Wohnung bemerkt werden. Auch durch die Arbeitsstelle oder Sport- und Freizeitgruppen können Nachforschungen erfolgen. Familienangehörige telefonieren möglicherweise an festen Tagen miteinander oder haben regelmäßige Besuchstermine vereinbart. Abhängig vom Todeszeitpunkt unterscheidet sich dann die Spanne bis zum nächsten ›Jour fixe‹ und der Entdeckung des Todes. Auch Pflegedienste suchen ihre Kundschaft im vereinbarten Takt auf. Langjährige Postbot:innen und Paketzusteller:innen können aufmerken, wenn Adressat:innen nicht zu erreichen sind, oder Poststücke nicht aus dem Briefkasten genommen werden.

Wenn das sozial-räumliche Umfeld eines Verstorbenen spät oder gar nicht initiativ wird, so kann dies auch auf die dem physischen Tod vorangegangene soziale Isolierung oder Exklusion hinweisen. Die fehlende oder stark verzögerte Aktivität sozial oder räumlich naher Personen plausibilisiert das prämortale soziale ›Hinaussterben‹ bzw. ›Herausgestorben-worden-Sein‹ aus den gesellschaftlichen Bezügen.

Der hier verwandte Begriff des sozialen Umfelds bezieht sich – im Gegensatz zum Begriff des persönlichen Netzwerks – nicht nur auf die sozialen Interaktionspartner:innen, sondern schließt auch Personen ein, zu denen keine wechselseitigen sozialen Beziehungen bestehen, sondern die sich – zumindest zeitweise – in räumlicher Nähe befinden und hierdurch Hinweise auf einen *unentdeckten* Tod wahrnehmen können.

Durch die quantitative Erhebung kann – im Gegensatz zur qualitativen Fall- und Feldforschung (vgl. Kapitel 9) – weder das sozial-räumliche Umfeld noch das persönliche Netzwerk der Verstorbenen tiefergehend ergründet werden, sondern es sind lediglich Konstruktionen der sozialen Einbindung unter Berücksichtigung einzelner Strukturparameter möglich. Die Netzwerkforschung hat die Relationen zwischen Akteur:innen zum Gegenstand und fragt danach, welche Bedeutung Strukturmerkmale von Netzwerken und sozialen Beziehungen für die soziale Einbindung haben. Sogenannte »egozentrierte Netzwerke« bilden die Verbindungen einzelner Akteur:innen zu den Mitgliedern ihrer Netzwerke, den sogenannten »Alteri« ab (Petermann 2015: 177).

Hollstein (2013: 745ff.) nennt acht Strukturparameter zur Kennzeichnung von Netzwerken bzw. von einzelnen Beziehungen: 1. Die Größe des persönlichen Netzwerks gilt häufig als Indikator für die soziale Einbindung. Es ist belegt, dass durch das Vorhandensein sozialer Beziehungen bereits ein Direkteffekt festzustellen ist, und dass durch die Verfügbarkeit vieler Beziehungen die Wahrscheinlichkeit verringert wird, sich einsam zu fühlen (ebd.: 749). Abhängig von der Netzwerkgröße unterscheidet sich das Ausmaß verfügbarer Informationen und instrumenteller Unterstützungsleistungen wie beispielsweise Hilfe bei Reparaturen oder beim Einkaufen. 2. Die Dichte des Netzwerks berücksichtigt nicht nur die Beziehungen des Egos zu den Alteri, sondern auch die Beziehungen der Alteri untereinander. Dichte Netzwerke zeichnen sich dadurch aus, dass sich viele Personen untereinander kennen und sogenannte Cluster auftreten. Hierdurch ist ein schnellerer Informationsfluss als in weniger dichten Netzwerken gegeben. Dichte Netzwerke bedeuten für die Akteure in der Regel ein hohes Zusammengehörigkeitsgefühl und einen sicheren sozialen Rückhalt in Krisenzeiten, aber zugleich auch eine größere soziale Kontrolle (Coleman 1990, zit.n. ebd.: 745). 3. Die Kontakthäufigkeit, 4. die Beziehungsdauer bzw. Stabilität, 5. die geographische Distanz oder räumliche Dispersion und 6. die Multiplexität der Beziehungsinhalte (z.B. Informationsaustausch, emotionale Bedeutung oder gemeinsame Aktivitäten) gelten als weitere wesentliche Merkmale, um einzelne Beziehungen und in Summe soziale Netzwerke zu charakterisieren. 7. Außerdem spielen Merkmale und Positionen einzelner Akteur:innen wie Zentralität, Prestige, Gatekeeper oder Brückenposition eine Rolle (Hollstein 2013: 747). 8. Ein weiterer Aspekt ist der Grad der Homogenität oder Heterogenität der Akteur:innen, etwa hinsichtlich des sozialen Status, des Alters oder des Geschlechts (ebd.).

Strukturen von Netzwerken stellen eine wichtige Erklärungsdimension sozialen Handelns dar (Hollstein 2013: 746). Die benannten Parameter können daher auch zur Erklärung des sozialen Handelns der Alteri bzw. des sozialen Kontexts von *unentdeckt* Verstorbenen herangezogen werden (vgl. Kapitel 9). Mit zunehmender Größe und Dichte der persönlichen sozialen Netzwerke nimmt vermutlich nicht nur die Wahrscheinlichkeit eines einsamen (Er-)Lebens sondern auch eines einsamen Sterbens des Egos ab. Und sollte dessen Tod dennoch unbegleitet eintreten, macht der starke Zusammenhalt des sozialen Netzwerks eine frühe(re) Entdeckung wahrscheinlich. Dasselbe gilt, wenn Verstorbene häufige und/oder stabile Sozialbeziehungen unterhalten haben. Die räumliche Nähe des Egos zu den Alteri scheint eine frühere Auffindung tendenziell zu unterstützen, vor allem dann, wenn diese auch mit sozialer Nähe zusammengeht. Enge emotionale Beziehungen scheinen wie regelmäßige und verbindliche gemeinsame soziale Aktivitäten ebenfalls gegen das Auftreten eines Todes mit höherer Liegezeit zu sprechen. Dies gilt vermutlich umso deutlicher, wenn Verstorbene innerhalb des Netzwerks eine bedeutsame soziale Position (wie beispielsweise die Leitung einer Gruppe) innehatten. Prinzipiell ist es wahrscheinlicher, dass ein heterogenes Netzwerk formeller und informeller Beziehungen einen *unentdeckten* Tod frühzeitiger bemerkt. Bei homogenen Netzwerken unterscheidet sich das Risiko einer späte(re)n Auffindung möglicherweise abhängig vom dominierenden Merkmal der sozialen Gruppe. Wie in Kapitel 3.4 hergeleitet, ist es naheliegend, dass ein Netzwerk mit überwiegend männlichen oder einkommensarmen Personen aufgrund der geringeren sozialen Kohäsion tendenziell einen geringeren Schutz bietet. Gleiches gilt für ein Netzwerk mit überwie-

gend älteren und alten Akteur:innen, deren soziales Handeln aufgrund der vermehrten Beeinträchtigungen der Gesundheit und/oder der Mobilität in stärkerem Maße auf die eigene Person bezogen sein kann.

Um auch die inhaltlichen Aspekte von Beziehungen zu erfassen, werden Netzwerkkonzepte häufig mit Konzepten zur Erfassung von sozialer Unterstützung (z.B. Diewald 1991) oder von Sozialkapital (z.B. Lin 2001; Petermann 2014) kombiniert. Die Unterscheidung von strukturellen und inhaltlichen Merkmalen ist mit Unschärfen verbunden (Diewald/Sattler 2010: 683f.). So ist die Art der Beziehung (Familie, Verwandtschaft, Freund:innenschaft, Bekanntschaft, Nachbar:innenschaft, Kolleg:innenschaft etc.) sowohl ein strukturelles Merkmal als auch ein Hinweis auf die Beziehungsqualität, auch wenn diese wiederum mit großen intersubjektiven Differenzen in den Ausprägungen und in den Wahrnehmungen bzw. Bewertungen verbunden ist. Aus den sozialen Beziehungen gehen unterschiedliche Formen der Unterstützung wie auch der verfügbaren sozialen Ressourcen (Sozialkapital) hervor. Eine eindeutige Abgrenzung der beiden Forschungsrichtungen wie auch der Begriffe ›Sozialkapital‹ und ›soziale Unterstützung‹ ist grundsätzlich schwierig und soll an dieser Stelle nicht weiterverfolgt werden. Stattdessen werden die für den eigenen Forschungsgegenstand relevanten Konzeptualisierungen bzw. Operationalisierungen der Unterstützungs- und Sozialkapital-Forschung adaptiert und kombiniert.

Abhängig vom Beziehungskontext überwiegen unterschiedliche Kontaktformen wie beispielsweise geselliges oder intimes Beisammensein oder zweckdienliche Zusammenkünfte. Auch die Stärke und Stabilität der sozialen Beziehungen variieren abhängig von der Art der Beziehung und lassen sich jeweils durch spezifische Intensität, Intimität, Reziprozität und die gemeinsam verbrachte Zeit näher bestimmen (Petermann 2001: 28 und 31). Primäre, traditionelle und nicht freiwillige Kontexte können von sekundären, modernen und freiwilligen Kontexten unterschieden werden (ebd.: 28).

Informelle soziale Beziehungen unterscheiden sich in der Art und dem Ausmaß von Unterstützung wie auch in den – positiven – Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Egos (Diewald/Sattler 2010: 683). In seiner Typologie informeller sozialer Unterstützung unterscheidet Diewald (1991; vgl. Diewald/Sattler 2010: 685ff.) zwischen direkt beobachtbaren Interaktionen (Arbeitshilfe, Pflege, materielle Unterstützung, Intervention, Information, Beratung, Geselligkeit, Alltagsinteraktion), und der Vermittlung von Kognitionen (Anerkennung, Orientierung, Zugehörigkeitsbewusstsein, Rückhalt, Erwerb von Kompetenzen durch Lernen) und Emotionen (Geborgenheitsgefühl, Liebe und Zuneigung, motivationale Unterstützung). Für das eigene Untersuchungsinteresse ist die Diewald'sche Typologie zwar aufschlussreich aber letztlich zu differenziert. Stattdessen wird Hilfe in Form instrumenteller, emotionaler und Geselligkeitsunterstützung unterschieden (vgl. Petermann 2001: 33). Das Vorhandensein sozialer Unterstützung kann sich in allen drei Beziehungsformen dadurch ausdrücken, dass aufgrund der (wechselseitigen) Bezugnahme ausbleibende Lebenszeichen und ›Abweichungen‹ in der Lebenspraxis bemerkt und aktiv hinterfragt werden.

Die verschiedenen Beziehungskontexte beeinflussen die Ausgestaltung und Qualität der sozialen Beziehungen und können auch Einfluss auf den Zeitpunkt der Auffindung nehmen. Zeitlich intensive und intime Beziehungen begünstigen gleichermaßen eine frühe(re) Entdeckung, können jedoch auf sehr ungleiche Motivationen der Alteri zurück-

gehen. So erfolgt die nicht seltene Auffindung unbegleitet verstorbener Personen durch Pflegedienste in der Regel aufgrund des organisatorischen Ablaufs instrumenteller Hilfeleistungen und nicht aus sozialen Gründen. Die Kontakte erfolgen im Rahmen der Erbringung einer Dienstleistung. In der Regel tragen derartige Beziehungen trotz zeitlicher Intensität aufgrund ihrer Funktion eventuell einen sozial sorgenden, nicht aber einen emotional-intimen Charakter. Eine Liegezeit von einem Tag muss daher weder auf subjektive Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen noch auf eine gute soziale Einbindung deuten, sondern kann allein Hinweis auf die regelmäßige Pflege und Versorgung der Betroffenen sein. Im Extremfall stellt die instrumentelle Unterstützung die einzige Kontaktmöglichkeit von Verstorbenen dar. Die regelmäßige Taktung der Besuche verhindert zwar einen länger *unentdeckten* Tod, nicht aber ein einsames Leben und Sterben.

Für das subjektive Wohlbefinden sind das Gefühl der sozialen Zugehörigkeit und die Zufriedenheit mit den eigenen Beziehungen entscheidend. Untersuchungen belegen, dass die Existenz einer stabilen Freund:innenschaft subjektiv bedeutsamer ist als die Größe des persönlichen Netzwerks bzw. die Anzahl der Freund:innen (z.B. Diewald 1991: 73). Außerdem steigern Interaktionen mit befreundeten Personen eher das Wohlbefinden als Interaktionen mit Familienmitgliedern (Hollstein 2013: 749). »Starke« Beziehungen sind dauerhaft, reziprok, intim und intensiv und weisen eine relativ hohe Interaktionsfrequenz auf; »schwache« Beziehungen sind im Unterschied zu »starken« bzw. »Primärbeziehungen« von geringerer zeitlicher und emotionaler Intensität wie auch kaum multiplex (Diewald 1991: 101; Petermann 2001: 3), können aber wichtige (ergänzende) soziale Funktionen erfüllen (Hollstein 2013: 751). Im Hinblick auf *unentdeckt* Verstorbene erscheinen »schwache« Beziehungen aufgrund der geringeren Kontaktfrequenz vor allem geeignet, ›mittlere‹ Liegezeiten von mehr als vier Wochen zu verhindern.

Die empirische Forschung nennt als ›Risikogruppen‹ mit wenigen Sozialkontakten und Unterstützungsbeziehungen ältere Ledige, kinderlos gebliebene Paare und Verwitwete. Insbesondere im Alter ist das Vorhandensein einer Partner:innenschaft und von Nachkommen dafür entscheidend, ob informelle Unterstützung ausreichend verfügbar ist und Einsamkeit nicht dominiert (Diewald 1991; Hollstein 2013: 750). Aus diesen Ergebnissen kann gefolgert werden, dass ältere alleinlebende Personen mit geringer Unterstützung und wenigen Sozialkontakten auch in stärkerem Maße gefährdet sind, *einsam* zu sterben und nach dem Tod (zunächst) *unentdeckt* zu bleiben.

Im Rekurs auf die Netzwerk-, Unterstützungs- und Sozialkapitalforschung leitet die eigene Analyse die ›soziale Einbindung‹ vor allem aus der Ausprägung der Variablen Liegezeit ab, welche als Gradmesser der sozialen Einbindung interpretiert wird. Abhängig von der Dauer des Zeitraums, welcher bis zur Entdeckung des Todes vergeht, unterscheiden sich die Rückschlüsse auf die Quantität und Qualität der sozialen Beziehungen der Verstorbenen. Um das theoretische Konstrukt der ›sozialen Einbindung‹ zu konkretisieren, wird auf einzelne, in den Forschungsdisziplinen benannte strukturelle und inhaltliche bzw. funktionale Parameter zur Kennzeichnung von sozialen Netzwerken und von sozialen Beziehungen zurückgegriffen. Der quantitative Aspekt bezieht sich auf die Anzahl und die Häufigkeit der Sozialkontakte, der qualitative Aspekt auf die Stärke der sozialen Beziehungen und die Beziehungsinhalte (Formen der sozialen Unterstützung, Homo- bzw. Heterogenität der sozialen Beziehungen).

Die verschiedenen Liegezeiten werden in drei Kategorien zusammengefasst. In Anlehnung an eine Art Ampelsystem werden ›niedrige‹, ›mittlere‹ und ›hohe‹ Liegezeiten als Indikator für eine ›ausreichende‹, ›schwache bzw. eingeschränkte‹ und ›unzureichende‹ soziale Einbindung unterschieden. Die drei Kategorien umfassen 1. die Todesfälle, die innerhalb der ersten Woche, 2. die nach der ersten bis Ende der vierten Woche, und 3. die nach mehr als vier Wochen entdeckt werden. Die Tabelle 7.4.1 verdeutlicht die Annahmen hinsichtlich der spezifischen Quantität und Qualität der sozialen Beziehungen. Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass lediglich dominierende Tendenzen für die Merkmalsausprägungen in den drei Kategorien beschrieben werden können. Die Kennzeichen werden für die Mehrheit der jeweiligen Gruppe, nicht aber für jeden Einzelfall unterstellt. Die subjektive Bewertung kann dieser von der Liegezeit abhängigen Einordnung widersprechen. Grundsätzlich kann aufgrund der großen interindividuellen Spannweite hinsichtlich der sozialen Bedürfnisse auch bei höheren Liegezeiten nicht ausgeschlossen werden, dass sich die betroffene Person zu Lebzeiten als sozial eingebunden erlebt hat und ihre elementaren sozialen Bedürfnisse angemessen befriedigt sah. Außerdem kann eine höhere oder hohe Liegezeit immer auch mit einer Kopplung ›unglücklicher‹ Umstände verbunden sein, welche dazu führt, dass eine nicht nur subjektiv, sondern auch objektiv betrachtet ›ausreichend‹ integrierte Person ausnahmsweise – abweichend von der üblichen Handlungspraxis – keine sozialen Kontakte hat, sodass deren Tod in der Folge auch längere Zeit unbemerkt bleiben kann (vgl. Kapitel 9).

Für die Mehrheit der Verstorbenen der ›grünen‹ Kategorie wird eine ›ausreichende‹ soziale Einbindung angenommen, für die nachfolgende ›gelbe‹ Gruppe größtenteils eine ›schwache‹ bzw. ›eingeschränkte‹ soziale Integration und für die Verstorbenen der ›roten‹ Kategorie in den meisten Fällen eine ›unzureichende‹ soziale Einbindung. Es wird davon ausgegangen, dass die Mehrheit derjenigen, die innerhalb der ersten Woche nach ihrem Tod aufgefunden werden, über eine ›ausreichende‹ Anzahl von sozialen Beziehungen verfügten, und dass es ›häufige‹ bzw. ›regelmäßige‹ Kontakte gab. Wie oben ausgeführt kann ein einzelner häufig frequentierender Sozialkontakt das Fehlen weiterer Alteri kompensieren. Ebenso können mehrere, auch ›heterogene‹, weniger ›intensive‹ soziale Beziehungen das Fehlen ›intensiver‹ bzw. ›intimer‹ Alteri ausgleichen. Für *unentdeckt* Verstorbene der ›grünen‹ Gruppe ist eine ›ausreichende‹ soziale Unterstützung anzunehmen.

Für die ›gelbe‹ Gruppe werden dagegen für die meisten Personen (vorübergehende oder dauerhafte) Einschränkungen bzw. Mängel hinsichtlich der Anzahl der Kontakte, der Kontakthäufigkeit, der Stärke, der sozialen Unterstützung und der Diversität der Beziehungen attribuiert. Für die ›rote‹ Gruppe wird unterstellt, dass die Verstorbenen dauerhaft nur ›sporadische‹, ›zufällige‹ oder ›unverbindliche‹ soziale Beziehungen unterhalten haben, und dass mit zunehmender Liegezeit von einer andauernden sozialen Isolation der Betroffenen ausgegangen werden muss. Außerdem erscheint es wahrscheinlicher, dass mit zunehmender Liegezeit die Homogenität der Sozialkontakte zunimmt, und dass sich gemeinsame Merkmale wie beispielsweise Gesundheitsbeeinträchtigungen negativ verstärkend auf die Zeitspanne bis zur Auffindung auswirken.

Tab. 7.4.1: Tendenzen der Merkmalsausprägungen sozialer Beziehungen bzw. der persönlichen Netzwerke in Abhängigkeit von der Liegezeit

Merkmale der sozialen Beziehungen	Todesfälle mit Liegezeit ≤ 7 Tage	Todesfälle mit Liegezeit ≤ 28 Tage	Todesfälle mit Liegezeit > 28 Tage
Liegezeit	niedrig	mittel	hoch
Grund der Auffindung	häufiger gezielte Suche als zufällige Auffindung	gezielte Suche und zufällige Auffindung	häufiger zufällige Auffindung als gezielte Suche
soziale Einbindung	ausreichend	schwach bzw. eingeschränkt	unzureichend
Anzahl der sozialen Beziehungen	ausreichend	eingeschränkt	unzureichend
Häufigkeit der sozialen Beziehungen	häufig regelmäßig	selten unregelmäßig	sehr selten bzw. nie sporadisch bzw. zufällig
Homo- bzw. Heterogenität der sozialen Beziehungen	Homo- und Heterogenität	größere Homo- und geringere Heterogenität	Homogenität
soziale Unterstützung/soziale Fürsorge durch die Alteri	ausreichend emotionale instrumentelle sozial-gesellige Unterstützung	schwach bzw. eingeschränkt emotionale instrumentelle sozial-gesellige Unterstützung	unzureichend bzw. fehlend soziale Isolation

8. Auswertung und vergleichende Interpretation

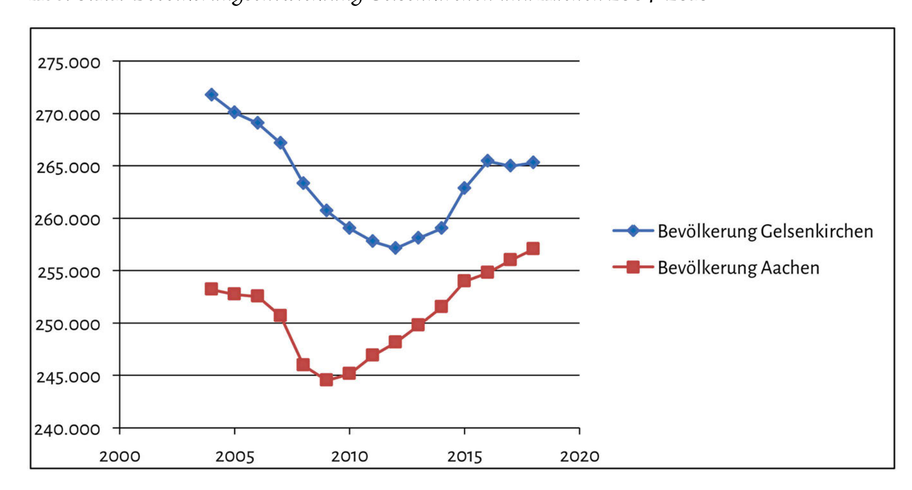
Die Erhebung bezieht sich auf den Zeitraum 2006 bis 2016 und umfasst elf Jahrgänge. In Aachen wurden insgesamt 33.203 und in Gelsenkirchen 37.710 Sterbefallanzeigen gesichtet. Die Datenerhebung umfasst insgesamt 3.434 Todesfälle, die nach eigener Definition als *unentdeckt* bestimmt werden können: In Aachen sind dies 1.423 und in Gelsenkirchen 2.011 Todesfälle. Die Darstellung der Auswertungsergebnisse erfolgt auf zwei Vergleichsebenen. Zum einen getrennt nach Städten und zum anderen wird für jede Stadt die Gesamtgruppe von einer Teilgruppe unterschieden, welche nur die Fälle mit einer Liegezeit von mindestens acht Tagen umfasst.

Um die Lesbarkeit zu verbessern und Redundanzen zu vermeiden, erfolgt die Darstellung der Ergebnisse samt Interpretation unter der Überschrift der im siebten Kapitel hergeleiteten Indikatoren. In Abschnitt 8.1 wird hiervon abgewichen, und die Gesamtzahl der *unentdeckten* Tode in den Städten zur jeweiligen Entwicklung der Bevölkerung und der Sterbefälle insgesamt bzw. im privaten Wohnumfeld ins Verhältnis gesetzt. In den Unterkapiteln werden die wesentlichen Ergebnisse – differenziert nach Vergleichsebenen und wenn möglich geordnet nach uni-, bi- und multivariater Statistik – dargestellt, gegebenenfalls zu kommunalen Referenzdaten in Beziehung gesetzt und in übergeordneten sozialwissenschaftlichen Zusammenhängen verortet und interpretiert.

8.1 Bevölkerungsentwicklung und (*unentdeckte*) Sterbefälle

Im Untersuchungszeitraum 2006 bis 2016 hat die Bevölkerung Aachens bis zum Jahr 2009 abgenommen und ist von da an stetig angewachsen. Mit fast 255.000 Einwohner:innen wurde im Jahr 2016 der bis dahin höchste Bevölkerungsstand in der Stadtgeschichte erreicht (Abb. 8.1.1). Die Bevölkerung Gelsenkirchens hat bis zum Jahr 2012 ebenfalls abgenommen und erreichte in diesem Jahr den bis dahin niedrigsten Bevölkerungsstand mit ca. 257.000 Einwohner:innen. In den Folgejahren kam es durch Zuwanderung zu einem Bevölkerungszuwachs mit einem Stand von gut 265.000 Personen im Jahr 2016 (ebd.).

Abb. 8.1.1: Bevölkerungsentwicklung Gelsenkirchen und Aachen 2004–2018



Quellen: Statistikstellen Aachen und Gelsenkirchen

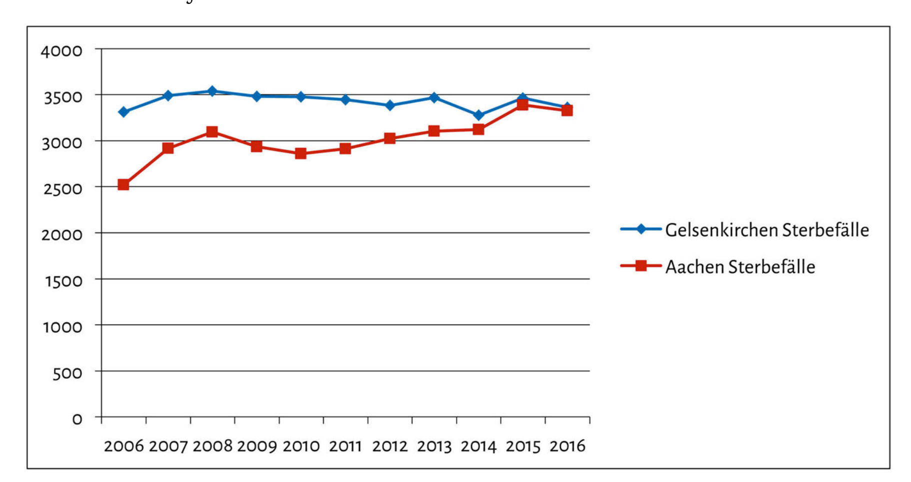
Nicht nur die Bevölkerungszahl, sondern auch die Jahressumme der (vom Standesamt) erfassten Sterbefälle ist in Aachen angestiegen. Die Anzahl der beurkundeten Sterbefälle hat im Zeitraum 2006 bis 2016 mit Schwankungen zwischen ca. 2.500 und 3.400 zugenommen und im Jahr 2015 mit 3.387 Sterbefällen den bis dahin höchsten Stand erreicht[1]. In Gelsenkirchen ist die Jahressumme der Sterbefälle im Zeitraum 2006

1 Wenn man die Daten der Statistikstelle Aachen zugrunde legt, ist die Anzahl der Sterbefälle im Untersuchungszeitraum nahezu unverändert geblieben.
2006:2.252 Sterbefälle 2007: 2.289 Sterbefälle 2008: 2.291 Sterbefälle
2009:2.518 Sterbefälle 2010: 2.193 Sterbefälle 2011: 2.251 Sterbefälle
2012: 2.323 Sterbefälle 2013: 2.340 Sterbefälle 2014: 2.333 Sterbefälle
2015: 2.459 Sterbefälle 2016: 2.302 Sterbefälle
Die Statistikstelle begründet die Differenzen damit, dass »die Zahlen bezüglich der Sterbefälle auf dem Melderegister basieren. Es handelt sich hierbei nur um die Sterbefälle Ortsansässiger (Verstorbene, die in Aachen gemeldet waren). Bei den Standesamtsdaten handelt es sich vermutlich um die Gesamtzahlen, das heißt: es sind auch die Sterbefälle Ortsfremder inkludiert (in Aachen gestorbene aber nicht gemeldete Personen)«.
Der Vergleich mit den Daten anderer deutscher Großstädte zeigt, dass keine der anderen Kommunen eine ähnlich niedrige Anzahl von Sterbefällen aufweist. Auch der sich aus den Daten der Statistikstelle ergebende relative Anteil der Sterbefälle an der Gesamtbevölkerung ist mit 0,9 % in Aachen ungewöhnlich niedrig.
Halle/Saale (2016): 2.885 Sterbefälle/239.738 Einwohner:innen (1,2 %)
Chemnitz (2015): 3.391Sterbefälle/248 878 Einwohner:innen (1,36 %)
Kiel (2016): 2.536 Sterbefälle/249.023 Einwohner:innen (1,0 %)
Braunschweig (2016): 2.865 Sterbefälle/251.364 Einwohner:innen (1,14 %)
Mönchengladbach (2016): 3.206 Sterbefälle/259.996 Einwohner:innen (1,23 %)
Auf Basis der Daten des Standesamts beträgt dieser Wert dagegen 1,3 % und steht in höherer Übereinstimmung zu den Werten anderer Großstädte.

bis 2016 mit leichten Schwankungen nahezu gleichgeblieben (Abb. 8.1.2). Höchst- und Tiefststand unterscheiden sich in Gelsenkirchen um 261 und in Aachen um 805 Fälle.

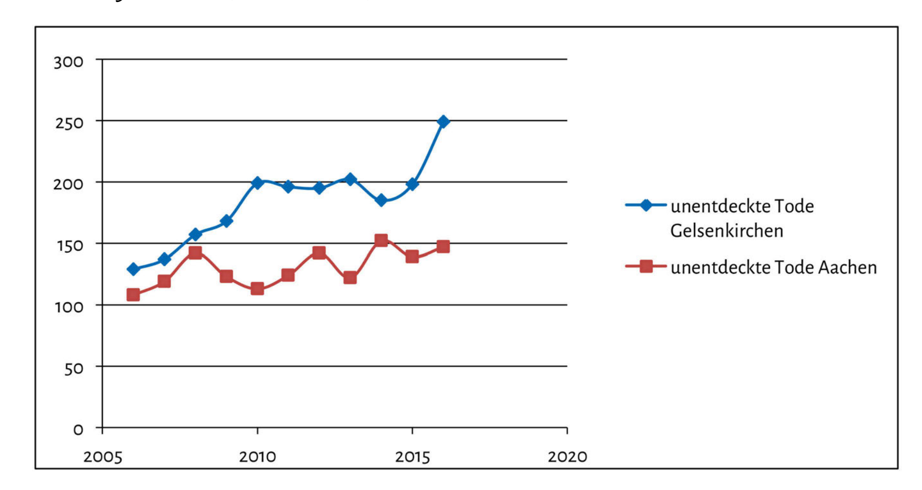
Im Zeitraum 2006 bis 2016 hat sich sowohl die Bevölkerungsentwicklung als auch die Anzahl der Sterbefälle in den beiden Kommunen angeglichen. Im Jahr 2016 beträgt der Anteil der Sterbefälle an der Bevölkerung in Aachen und in Gelsenkirchen ca. 1,3 Prozent.

Abb. 8.1.2: Sterbefälle in Gelsenkirchen und Aachen 2006–2016



Trotz der Annäherung der Werte im Jahr 2016 unterscheiden sich die Verlaufsrichtungen der Bevölkerungs- und der Sterbefallentwicklung. Dasselbe gilt für das quantitative Vorkommen der *unentdeckten* Todesfälle in beiden Kommunen. Auch wenn sich übereinstimmend ein deutlicher Anstieg im Untersuchungszeitraum zeigt, geht der Zuwachs von ca. 36 Prozent in Aachen mit einem allgemeinen Anstieg der Sterbefälle in fast derselben Höhe einher. In Gelsenkirchen dagegen hat sich trotz vergleichbarer Anzahl der Sterbefälle der Anteil der *unentdeckten* Todesfälle mit 93 Prozent fast verdoppelt. Die Gesamtentwicklung unterliegt in Aachen starken Schwankungen, in Gelsenkirchen ist aber – abgesehen von einer Stagnation auf hohem Niveau in den Jahren 2010 bis 2014 – ein konstanter linearer Anstieg festzustellen (Abb. 8.1.3).

Abb. 8.1.3: Unentdeckte Tode Gelsenkirchen und Aachen 2006–2016



Im Untersuchungszeitraum wurden in Aachen insgesamt 1.423 *unentdeckte* Tode mit einer Liegezeit von mindestens einem Tag erfasst und in Gelsenkirchen 2.011 Fälle. In Aachen geht der Höchststand an *unentdeckten* Toden – mit 152 Fällen im Jahr 2014 – mit einer höheren allgemeinen Sterberate einher. In Gelsenkirchen liegt der Höchststand mit 249 Fällen im letzten Erhebungsjahr und geht mit einer unterdurchschnittlichen Anzahl der allgemeinen Sterbefälle einher. Der höchste Anstieg in Aachen zwischen 2013 und 2014 mit ca. 25 Prozent wurde in den Folgejahren durch geringere Fallzahlen nivelliert. In Gelsenkirchen wurde der höchste jährliche Zuwachs mit 26,5 Prozent am Ende des Untersuchungszeitraums erfasst.

Wenn man den Anteil der *unentdeckten* Todesfälle an allen Sterbefällen der Kommunen berechnet, so liegt der durchschnittliche Anteil für die Jahre 2006 bis 2016 in Aachen bei ca. 4,3 und in Gelsenkirchen bei ca. 5,3 Prozent. Der höchste Anteil von 7,4 Prozent wird in Gelsenkirchen im Jahr 2016 erreicht. Die Werte der allgemeinen Sterbestatistik beziehen sich jedoch auf alle Sterbeorte und inkludieren auch die zahlenmäßig dominierenden Sterbefälle in Einrichtungen. Die in dieser Arbeit untersuchten *unentdeckten* Todesfälle ereignen sich jedoch ausnahmslos im privaten Raum und nicht im institutionellen Kontext. Dasch et al. (2015) haben in der bislang größten populationsbasierten Untersuchung zur Verteilung der Sterbeorte für Todesfälle im privaten Raum einen Häufigkeitsanteil von 23 Prozent ermittelt. Wenn dieser Wert der eigenen Erhebung zugrunde gelegt wird, bedeutet dies, dass die Anzahl *unentdeckter* Tode nicht auf das Gesamt der Sterbefälle, sondern lediglich auf 23 Prozent aller privaten Sterbefälle in den Kommunen bezogen wird. Die quantitative Relevanz tritt hierdurch prägnant hervor.

Auf dieser stimmigen Berechnungsgrundlage beträgt der durchschnittliche Anteil *unentdeckt*er Tode im Untersuchungszeitraum in Aachen fast ein Fünftel und in Gelsenkirchen fast ein Viertel an allen ›privaten‹ Sterbefällen (Tab. 8.1.1). In Gelsenkirchen liegen die Jahreswerte seit 2010 über dem Durchschnittswert von 23,2 Prozent. Im Jahr 2016 ergibt sich so in Gelsenkirchen ein Verhältnis von 2.590 Todesfällen im institutionellen (und sonstigen) zu 773 Todesfällen im privaten Kontext. Die Anzahl von 249 *unentdeckt*

Verstorbenen verweist darauf, dass in diesem Erhebungsjahr fast jede dritte, im privaten Raum verstorbene Person bei Todeseintritt unbegleitet war, und dass deren Tod (zunächst) *unentdeckt* blieb. In Gelsenkirchen ist die Spannweite dieses Anteils mit Werten zwischen knapp 17 und gut 32 Prozent hoch, in Aachen sind die Schwankungen moderat, und es wechseln Jahre mit im Vergleich zum Durchschnitt niedrigeren bzw. höheren Werten.

Tab. 8.1.1: Gerundeter Anteil der unentdeckten Tode an den ›privaten‹ Sterbefällen/Aachen und Gelsenkirchen 2006–2016

Jahr	**Aachen/Gesamtgruppe**	**Gelsenkirchen/Gesamtgruppe**
2006	(n=108) 18,6 %	(n=129) 16,9 %
2007	(n=119) 17,7 %	(n=137) 17,1 %
2008	(n=142) 20,0 %	(n=157) 19,3 %
2009	(n=123) 18,2 %	(n=168) 20,9 %
2010	(n=113) 17,2 %	(n=199) 24,9 %
2011	(n=124) 18,5 %	(n=196) 24,7 %
2012	(n=142) 20,4 %	(n=195) 25,0 %
2013	(n=121) 17,0 %	(n=202) 25,3 %
2014	(n=152) 21,2 %	(n=184) 24,4 %
2015	(n=139) 17,8 %	(n=197) 24,7 %
2016	(n=147) 19,2 %	(n=249) 32,2 %
2006–2016	Ø 18.7 %	Ø 23,2 %

Wenn man den Anteil der Todesfälle mit Liegezeit ≥ 8 Tage an den ›privaten‹ Todesfällen berechnet, ist der Anstieg für die Teilgruppen im Untersuchungszeitraum deutlicher ausgeprägt als für die Gesamtgruppe (Tab. 8.1.2). Für die Teilgruppen mit Liegezeiten von mehr als acht Tagen sind in den Städten mit 79 Prozent für Aachen und 181 Prozent für Gelsenkirchen etwa doppelt so hohe Zunahmen wie für die Gesamtgruppen der *unentdeckten* Tode zu verzeichnen. In Gelsenkirchen hat sich die Anzahl von 21 im Jahr 2006 auf 59 Todesfälle im Jahr 2016 fast verdreifacht. In Aachen sind die Höchstwerte – auch für die Teilgruppe – nicht für das letzte Erhebungsjahr, sondern für die Jahre 2010 und 2012 festzuhalten. Wenn die Anteile der *unentdeckten* Tode mit einer Liegezeit ≥ 8 Tage in Aachen und Gelsenkirchen für den Untersuchungszeitraum miteinander verglichen werden, so sind mal höhere Werte in Aachen und mal höhere Werte in Gelsenkirchen erfasst. Erst in den beiden letzten Jahren der Erhebung überwiegen die Anteile der *unentdeckt* Verstorbenen mit einer Liegezeit ≥ 8 Tage an den ›privaten‹ Todesfällen in Gelsenkirchen deutlich das Vorkommen in Aachen.

Tab. 8.1.2: Gerundeter Anteil der Teilgruppen unentdeckter Tode an den ›privaten‹ Sterbefällen/ Aachen und Gelsenkirchen 2006–2016

Jahr	Aachen/Teilgruppe	Gelsenkirchen/Teilgruppe
2006	(n=14) 2,4 %	(n=21) 2,7 %
2007	(n=15) 2,2 %	(n=22) 2,7 %
2008	(n=25) 3,5 %	(n=27) 3,3 %
2009	(n=16) 2,4 %	(n=34) 4,2 %
2010	(n=31) 4,7 %	(n=33) 4,1 %
2011	(n=24) 3,6 %	(n=37) 4,7 %
2012	(n=32) 4,6 %	(n=30) 3,8 %
2013	(n=30) 4,2 %	(n=33) 4,1 %
2014	(n=30) 4,2 %	(n=29) 3,8 %
2015	(n=25) 3,2 %	(n=35) 4,4 %
2016	(n=25) 3,3 %	(n=59) 7,6 %
2006–2016	Ø 3,5 %	Ø 4,1 %

Die Anteile der Teilgruppe an der Gesamtgruppe *unentdeckter* Todesfälle sind im Untersuchungszeitraum in Aachen wesentlich größeren Schwankungen unterworfen als in Gelsenkirchen (Tab. 8.1.3): In Aachen liegen die Werte zwischen 12,6 und 27,4 Prozent und im Mittel bei 18,6 Prozent. In Gelsenkirchen bewegen sich die Werte zwischen 15,4 und 23,7 Prozent und das Mittel der Jahre 2006 bis 2016 rangiert bei 17,6 Prozent. Auch wenn die Anzahl der *unentdeckten* Todesfälle in Aachen insgesamt niedriger ist als in Gelsenkirchen, ist der Anteil der Todesfälle mit einer Liegezeit ≥ 8 Tage durchschnittlich und für die meisten Einzeljahre höher als in Gelsenkirchen.

Tab. 8.1.3: Gerundeter Anteil der Teilgruppen an den Gesamtgruppen unentdeckter Tode/Aachen und Gelsenkirchen 2006–2016

Jahr	Anteil der Teilgruppe ≥ 8 Tage an der Gesamtgruppe (Aachen)	Anteil der Teilgruppe ≥ 8 Tage an der Gesamtgruppe (Gelsenkirchen)
2006	13,0 %	16,3 %
2007	12,6 %	16,1 %
2008	17,6 %	17,2 %
2009	13,0 %	20,2 %
2010	27,4 %	16,6 %
2011	19,3 %	18,9 %
2012	22,5 %	15,4 %

2013	24,8 %	16,3 %
2014	19,7 %	15,8 %
2015	18,0 %	17,8 %
2016	17,0 %	23,7 %
2006–2016	Ø 18,6 %	Ø 17,6 %

Zusammenfassend lässt sich für Aachen eine nahezu parallele Zunahme von Sterbefällen im privaten Umfeld und *unentdeckten* Toden insgesamt, aber eine überdurchschnittlich starke Zunahme von Todesfällen mit einer Liegezeit von mehr als acht Tagen feststellen. Für Gelsenkirchen ist – trotz fast gleichbleibender Anzahl von Toden im privaten Wohnumfeld – sowohl ein deutlicher Anstieg der Zahl *unentdeckter* Tode insgesamt und ein noch ausgeprägterer Anstieg der Tode mit einer Liegezeit von mehr als acht Tagen zu verzeichnen. Auch, wenn es in Gelsenkirchen absolut mehr *unentdeckte* Todesfälle in den Gesamt- und Teilgruppen (Ausnahmen: 2012 und 2014) gibt, ist der Anteil der Todesfälle mit einer Liegezeit von mehr als acht Tagen an der Gesamtgruppe geringer. Die Tatsache, dass die allein Verstorbenen in Gelsenkirchen nach einer kürzeren Liegezeit aufgefunden werden, weist tendenziell auf eine ›stärkere‹ soziale Einbindung der *unentdeckt* Verstorbenen in Gelsenkirchen als in Aachen.

Verschiedene Untersuchungen unterstreichen, dass das Risiko eines *einsamen* bzw. unbegleiteten Todes für die Personengruppe der Alleinlebenden im Allgemeinen erhöht ist (vgl. Kapitel 2.1). Der Zusammenhang zwischen der Zunahme der Einpersonenhaushalte und dem Anstieg *unentdeckter* Todesfälle erscheint plausibel, lässt sich aber auf Basis der eigenen Ergebnisse nicht verifizieren. In Aachen hat sich der Anteil der Einpersonenhaushalte bis 2016 auf gut 57 Prozent erhöht[2]. In Gelsenkirchen ist der Anteil von ca. 47 Prozent im Jahr 2008 moderat auf ca. 48 Prozent im Jahr 2016 angestiegen (Stadt Gelsenkirchen 2020).

8.2 Liegezeit – Gradmesser der sozialen Einbindung

Die Spannweite der Liegezeit schwankt in Aachen zwischen 1 und 365 Tagen. Der (wegen der großen Differenz wenig aussagekräftige) arithmetische Mittelwert liegt bei fast 7, der Median bei 2 und der Modus bei 1 Tag. In Gelsenkirchen schwankt die Range der Liegezeit zwischen 1 und 225 Tagen. Der arithmetische Mittelwert liegt hier bei 6,6 der Median bei 2 und der Modus bei 1 Tag.

Für die Jahre 2006 bis 2016 sind in Aachen insgesamt 1.423 Tode mit einer Liegezeit von mindestens einem Tag erfasst. 18,8 Prozent (n=267) dieser Fälle weisen eine Liegezeit

2 In den Wohnungsmarktberichten der Stadt Aachen der Jahre 2006 und 2010 wird lediglich von einem »Anstieg der Single-Haushalte« gesprochen, der nicht näher quantifiziert wird. Für das Jahr 2011 lässt sich anhand der genannten Daten ein Anteil der »Single-Haushalte« von ca. 54 Prozent berechnen (https://serviceportal.aachen.de/suche/-/vr-bis-detail/dienstleistung/3174/show).

von ≥ 8 Tage auf. Der arithmetische Mittelwert der Liegezeit beträgt für die Teilgruppe 27,8 Tage, der Median 15 Tage und der Modus 14 Tage.

Im Untersuchungszeitraum 2006 bis 2016 wurden in Gelsenkirchen insgesamt 2.011 Todesfälle mit einer Liegezeit von mindestens einem Tag erfasst. 17,9 Prozent (n=360) dieser Fälle weisen eine Liegezeit von ≥ 8 Tage auf. Der arithmetische Mittelwert der Liegezeit liegt in der Gelsenkirchener Teilgruppe bei 27,8, der Median bei 16 und der Modus bei 8 Tagen.

Angelehnt an eine Art Ampelsystem werden drei Kategorien unterschieden, denen die Todesfälle der ersten Woche, der zweiten bis vierten Woche und alle höheren Liegezeiten zugeordnet sind. Abhängig von der jeweiligen Gruppe wird die soziale Einbindung der Verstorbenen als ›ausreichend‹ ›schwach/eingeschränkt‹ und ›unzureichend‹ charakterisiert (vgl. Kapitel 7.4).

Der Blick auf das Datenmaterial (Tab. 8.2.1) verdeutlicht, dass fast die Hälfte aller Verstorbenen bereits am ersten Tag nach Todeseintritt und etwa zwei Drittel nach drei Tagen entdeckt sind. Am Ende der ersten Woche sind mehr als vier Fünftel der Toten aufgefunden.

Tab. 8.2.1: Anteile unentdeckter Tode der ›grünen‹ Kategorie in Verbindung mit der Liegezeit in Tagen/Aachen und Gelsenkirchen 2006–2016

Liegezeit in Tagen	**=1**	**≤ 2**	**≤ 3**	**≤ 4**	**≤ 5**	**≤ 6**	**≤ 7**
Aachen 2006–2016 N=1.423	47,4 %	58,7 %	67,2 %	73,0 %	75,6 %	78,2 %	81,2 %
Gelsenkirchen 2006–2016 N=2.011	48,0 %	61,3 %	68,7 %	73,7 %	77,5 %	79,8 %	82,1 %

Nach Ablauf der ersten Woche reduziert sich die Anzahl der aufgefundenen Verstorbenen, mit jedem Tag. Nach 14 Tagen sind in Aachen und Gelsenkirchen ca. 90 Prozent der Todesfälle entdeckt (Tab. 8.2.2).

Tab. 8.2.2: Anteile unentdeckter Tode der ›gelben‹ Kategorie in Verbindung mit der Liegezeit in Tagen/Aachen und Gelsenkirchen 2006–2016

Liegezeit in Tagen	**≤ 8**	**≤ 9**	**≤ 10**	**≤ 11**	**≤ 12**	**≤ 13**	**≤ 14**
Aachen 2006–2016 N=1.423	82,2 %	83,5 %	84,8 %	85,8 %	86,8 %	87,3 %	90 %
Gelsenkirchen 2006–2016 N=2.011	83,9 %	85 %	86,3 %	87,3 %	88,2 %	88,6 %	89,8 %

Nach Ablauf der ersten Woche lassen sich die Liegezeiten sachgemäßer in Wochenabständen zusammenfassen (Tab. 8.2.3).

Tab. 8.2.3: Anteile unentdeckter Tode der drei Kategorien in Verbindung mit der Liegezeit in Wochen/Aachen und Gelsenkirchen 2006–2016

Liegezeit in Tagen	**≤ 7**	**≤ 14**	**≤ 21**	**≤ 28**	**≤ 35**	**≤ 42**	**≤ 49**	**≤ 56**
Aachen 2006–2016 N=1.423	81,2 %	90,0 %	93,6 %	96,1 %	97,2 %	98 %	98,2 %	98,5 %
Gelsenkirchen 2006–2016 N=2.011	82,1 %	89,8 %	93,6 %	95,2 %	96,6 %	97,4 %	97,7 %	98,0 %

Ab einer Liegezeit von mehr als vier Wochen zeigen sich in diesem Zeitintervall kaum noch Veränderungen, so dass die Todesfälle zur aussagekräftigen Abbildung eher in Gruppen mit Abständen von 50 Tagen zusammenzufassen sind (Tab. 8.2.4). Nach 50 Tagen sind ca. 98 Prozent und nach 100 Tagen gut 99 Prozent der Verstorbenen aufgefunden. Darüber hinaus liegen lediglich einzelne Extremfälle mit höheren Liegezeiten vor.

Tab. 8.2.4: Anteile unentdeckter Tode der ›roten‹ Kategorien in Verbindung mit der Liegezeit im Abstand von 50 Tagen/Aachen und Gelsenkirchen 2006–2016

Liegezeit in Tagen	**≤ 50**	**≤ 100**	**≤ 150**	**≤ 200**	**≤ 250**	**≤ 300**	**≤ 350**	**≤ 400**
Aachen 2006–2016 N=1.423	98,3 %	99,2 %	99,6 %	99,7 %	99,8 %	99,8 %	99,9 %	100 %
Gelsenkirchen 2006–2016 N=2.011	97,8 %	99,2 %	99,9 %	99,9 %	100 %			

Interessant ist, dass die nach Liegezeit differenzierten Häufigkeitsverteilungen in beiden Städten sehr nahe beieinander liegen bzw. zusammenfallen. Eine zufällige Übereinstimmung erscheint, als hauptsächliche Ursache, aufgrund der großen Stichprobe unwahrscheinlich. Es ist auch denkbar, dass Mechanismen wie beispielsweise (fehlgeschlagene) Abbuchungen die Verteilungen beeinflussen. Gegen diese Annahme spricht jedoch, dass solche Kopplungen erst nach mehreren Wochen oder Monaten wirksam werden, die Mehrheit der Todesfälle jedoch innerhalb der ersten Woche bemerkt werden. Außerdem wäre hierdurch auch die Häufung der Todesfälle um bestimmte Stichtage herum stärker hervorgetreten. Es ist durchaus möglich, dass derartige Zusammen-

hänge die Liegezeiten einzelner Todesfälle in den beiden Kommunen in gleicher Weise beeinflusst haben. Aber die wesentlichen Ursachen werden dennoch in sozialen Zusammenhängen verortet. Folgt man der Hypothese, dass die Liegezeit als Gradmesser der sozialen Einbindung zu interpretieren ist, und dass die sozialen Beziehungen der Verstorbenen in den drei Kategorien durch vergleichbare strukturelle und inhaltliche Merkmale gekennzeichnet sind, so deuten die in den beiden Städten ähnlichen Häufigkeitsverteilungen auf jeweils typische Muster in der Beziehungsgestaltung in Abhängigkeit von der Liegezeitkategorie. Die meisten *unentdeckt* verstorbenen Personen (›grüne‹ Gruppe) sind ›ausreichend‹ in ein Netz verschiedener sozialer Beziehungen eingebunden und/oder verfügen über mindestens eine enge soziale Beziehung. Ein geringerer Anteil (›gelbe‹ Gruppe) verfügt über vergleichsweise weniger und seltenere Sozialkontakte. Eine Minderheit (›rote‹ Gruppe) lebt sehr zurückgezogen, entweder selbstbestimmt oder unfreiwillig, und unterhält sehr wenige und seltene oder lediglich oberflächliche bzw. zufällige Sozialkontakte.

Die Liegezeit eines *unentdeckten* Todes bildet die Tendenzen in der Beziehungsgestaltung ab. Mit dem Tod erlischt die Reziprozität der sozialen Beziehungen. Die (postmortale) soziale Einbindung drückt sich dadurch aus, ob und wenn ja, wann das soziale Umfeld die fehlenden Lebenszeichen wahrnimmt. Diese Aufmerksamkeit für andere kann als soziale Fürsorge ausgelegt werden. Soziale Fürsorge bezeichnet vor allem eine Haltung der Achtsamkeit, die nicht zwingend mit einer hohen Intensität der sozialen Beziehung oder mit praktischer Hilfe einhergehen muss.

Die annähernd gleichen Werte in Aachen und Gelsenkirchen deuten darauf, dass es abhängig von der Beziehungsgestaltung und der damit zusammenhängenden sozialen Fürsorge – ähnlich wie für die Verbreitung der Bindungsmuster – allgemeine Verteilungen gibt: In Bezug auf die eigene Untersuchung scheinen gut 80 Prozent der *unentdeckt* Verstorbenen diesbezüglich ›ausreichend‹, weitere 15 Prozent ›schwach‹ oder ›eingeschränkt‹ und ca. fünf Prozent ›unzureichend‹ bzw. ›sozial isoliert‹ zu sein. Die Bindungsmuster haben Einfluss auf die Beziehungsgestaltung. Zur Charakterisierung der Bindungsqualität werden die folgenden Typen unterschieden: »Sicher«, »unsicher-vermeidend«, »unsicher-ambivalent« und »desorganisiert« sowie als psychopathologische Erscheinungsform die »Bindungsstörung«[3]. Die soziale Einbindung bezieht sich auf die Art der sozialen Beziehungen selbst. So wie sich im Sozialisationsprozess bestimmte Bindungsmuster ausprägen, erscheint es schlüssig, dass sich unterschiedliche Muster für die bevorzugten sozialen Beziehungen ausbilden. Abhängig von der Beziehungsgestaltung unterscheiden sich die soziale Nähe zu anderen und deren soziale Fürsorge sowie in Folge die frühere oder spätere Auffindung.

Die Mehrheit der Verstorbenen wird innerhalb der ersten sieben Tage entdeckt. Dies bedeutet, dass für diese Personengruppe von einer ›ausreichenden‹ sozialen Einbindung auszugehen ist. Bezugnehmend auf die Annahmen hinsichtlich der Merkmale der sozialen Beziehungen (vgl. Tab. 7.4.1) kann geschlossen werden, dass diese ›niedrige‹ Liegezeit

3 Eine »desorganisierte« Beziehungsgestaltung weist streng genommen nicht auf ein Muster, sondern bezeichnet ein Verhalten, welches sich nicht klassifizieren lässt, da gleichzeitig »sicheres«, »unsicher-vermeidendes« wie auch »unsicher-ambivalentes« Bindungsverhalten gezeigt wird (Crittenden 1985).

auf eine ›ausreichende‹ Anzahl von Sozialkontakten zurückzuführen ist, bzw. dass die Bezugskontexte – wie im Beispiel von Pflegediensten oder nachbarschaftlichen Kontakten – geeignet sind, den (unbegleiteten) Tod zu bemerken. Gesundheitsdienstleister:innen haben in der Versorgung von Hilfs- und Pflegebedürftigen meist tägliche bzw. mehrmalige tägliche Besuche. Diese Personen sind nur dann *unentdeckt* verstorben, wenn die Besuche nur einmal täglich oder aber letztmalig am Vorabend des Todes stattgefunden haben. Es liegt nahe, dass die frühe(re) Entdeckung durch eine höhere Kontaktfrequenz begünstigt wird, dass es aber auch möglich ist, dass die Termine seltener Sozialkontakte zufällig für die Auffindung zeitlich vorteilhaft gelegen sind. Für die ›grüne‹ Gruppe erscheint jedoch insgesamt eine gezielte Suche wahrscheinlicher als eine zufällige Entdeckung des Todes. Eine höhere Kontaktfrequenz geht meist auch mit einer größeren Stabilität der Beziehungen einher, so dass hieraus gefolgert werden kann, dass die Verstorbenen der ›grünen‹ Gruppe mehrheitlich ›starke‹ Beziehungen – inklusive emotionaler, instrumenteller und Geselligkeitsunterstützung – unterhalten haben. Intensive Sozialkontakte mit täglichen oder mehrmaligen wöchentlichen Kontakten sind in verschiedenen Beziehungskontexten (z.B. Partner:innenschaft, Eltern-Kind-Beziehungen, Freund:innenschaft, Arbeitsverhältnis) denkbar. Unabhängig davon, ob es sich um persönliche, telefonische oder digitale Kontakte handelt, ist es naheliegend, dass die Alteri initiativ werden, wenn ihre Kontaktversuche ins Leere laufen oder die gewöhnlichen Kontaktanbahnungen durch Ego ausbleiben.

Es ist empirisch belegt, dass gerade für ältere und alte Personen bzw. Verwitwete die eigenen Nachkommen die wichtigsten Bezugs- und Unterstützungspersonen darstellen (vgl. Kapitel 3.4). Für alleinlebende Personen ohne Nachkommen und Partner:innenschaft haben freundschaftliche Beziehungen wie auch soziale Kontakte zu (entfernten) Verwandten und soziale Aktivitäten zwecks Erfüllung ihres Geselligkeitsbedürfnisses eine höhere Bedeutung. Frauen pflegen Beziehungen dieser Art anscheinend intensiver und häufiger als Männer (ebd.). Regelmäßige Treffen sind auch für Freizeitgruppen typisch. Daher wird das Fehlen von Ego, eine vorherige verbindliche und kontinuierliche Teilnahme vorausgesetzt, auch in diesem Beziehungskontext meist zu gezielten Versuchen der Kontaktaufnahme führen.

Bestimmte Zeiten im Jahr – wie beispielsweise Ferien-, Fest- und Feiertage – sind jedoch dadurch charakterisiert, dass die Alltagsroutinen ausgesetzt oder verändert sind. Dies kann dazu führen, dass die sozialen Aktivitäten reduziert, unterbrochen oder aber verstärkt sind. Ältere bzw. alte Personen, für die die eigenen Kinder die engsten Bezugspersonen darstellen, sind bei Urlauben der Angehörigen unter Umständen mehrere Wochen ohne persönliche Kontakte. Die durch die geographische Distanz veränderte oder unterbleibende Kommunikation kann auch dazu führen, dass der Tod länger unbemerkt bleibt. Umgekehrt ist es aber auch denkbar, dass es – gerade an Feiertagen oder Geburtstagen – häufiger zu Kontaktversuchen kommt. Hierdurch kann der Zeitpunkt der Auffindung einer alleinlebenden Person auch frühzeitiger erfolgen als dies im alltäglichen Rhythmus geschähe.

Tendenziell lässt sich jedoch nach Ablauf der ersten Woche und mit fortschreitender Liegezeit annehmen, dass die verstorbenen Personen weniger soziale Kontakte und solche mit geringerer bzw. sporadischer Kontaktfrequenz unterhalten haben. Außerdem erscheint es wahrscheinlicher, dass die Beziehungen nicht eng, sondern eher unverbind-

lich oder zweckmäßig waren. Die geringe Beziehungsstärke kann erklären, warum die ›Abwesenheit‹ der Verstorbenen oder ausbleibende Lebenszeichen unbeachtet bleiben und keine Initiative des sozialen Umfelds evozieren. Es erscheint plausibel, dass abhängig vom Beziehungskontext und der Stärke der Beziehung unterschiedlich lange Zeiträume vergehen, bis das soziale Umfeld aufmerksam wird und ›sozial fürsorglich‹ agiert.

Die ›gelbe‹ Gruppe umfasst durch die mittlere Positionierung auch Todesfälle, welche Merkmalsausprägungen der ›grünen‹ und ›roten‹ Gruppe aufweisen. Die fließenden Übergänge werden durch die festgelegten Kategorien nicht abgebildet, sondern müssen mitgedacht werden. In der ›gelben‹ Kategorie sind die Installierung eines Pflegedienstes und eine intime Partner:innenschaft angesichts der Liegezeiten sehr unwahrscheinlich. Es ist davon auszugehen, dass die Verstorbenen eine geringere Anzahl von sozialen Beziehungen mit niedrigerer Kontaktfrequenz unterhalten haben. Die insgesamt ›schwächeren‹ sozialen Beziehungen (mehr Freund:innen- und Bekanntschaften, Freizeitpartner:innen, oberflächliche Kontakte) sind durch geringere Intensität, Intimität und Reziprozität charakterisiert und führen vermutlich seltener zu gezielten Kontaktinitiativen, wenn Sozialpartner:innen sozial ›unsichtbar‹ werden.

Abhängig vom Todeszeitpunkt sowie den Lebensroutinen der Verstorbenen und ihres sozialen Umfelds variiert die Spanne bis zur ›Entdeckung‹. Es ist plausibel, dass Personen mit engen, zahlreichen und vielfältig gestalteten sozialen Kontakten eher vermisst werden, als solche mit wenigen, eher gering dimensionierten Bezügen. Schließlich sind auch die Sozialität und Soziabilität der Verstorbenen entscheidend für die Dauer der Liegezeit. Eine Person mit Rückzugstendenzen und passivem Kontaktverhalten wird vermutlich auch vom sozialen Umfeld kaum bzw. in geringerem Maße wahrgenommen (vgl. Kapitel 9.3). Es ist davon auszugehen, dass solche Personen erst ›später‹ vermisst werden. Umgekehrt erscheint es plausibel, dass Personen, die in sozialen Beziehungen offen und aktiv waren, eher aufgefunden werden. Eine Untersuchung von Heidorn et al. (2011: 177) geht davon aus, dass es typisch für länger *unentdeckt* Verstorbene ist, dass sie sehr zurückgezogen gelebt und wenige oder keine sozialen Kontakte unterhalten haben. Diese Rückzugs- und Isolationstendenzen sind auch in anderen Untersuchungen im Zusammenhang mit mittleren und hohen Liegezeiten bestätigt worden (vgl. Kapitel 2.1 und 9; z.B. Buster/Kiers/Das 2013; Buster et al. 2014; Loke 2019).

In der ›gelben‹ Kategorie sind vermutlich auch die meisten Auffindungen durch olfaktorische Belästigungen oder Insektenbefall erfasst, da der Zeitpunkt der ›Entdeckung‹ nicht nur von der sozialen, sondern auch von der räumlichen Nähe zu anderen Personen beeinflusst ist. Die ausbleibenden ›Lebensgeräusche‹, mögliche Beeinträchtigungen sowie überfüllte Briefkästen können zu Irritationen und anschließenden Kontaktversuchen der Mitbewohner:innen führen. Die nachbarschaftliche Fürsorge ist vermutlich an einem Ort mit vielfältigen Interaktionen stärker ausgeprägt als in einem Umfeld, welches eher von einem sozialen Nebeneinander und/oder Konflikten geprägt ist. In den Fällen, wo offensichtliche Anzeichen unbemerkt oder unbeachtet bleiben, lassen sich hieraus nicht nur Hinweise zu schwachen oder fehlenden nachbarschaftlichen Kontakten, sondern auch zu exklusionsförderlichen sozialen und räumlichen Bedingungen des Wohnumfelds erschließen (vgl. Loke 2019; Kapitel 9).

Die Todesfälle der ›roten‹ Gruppe werden nach frühestens vier Wochen aufgefunden. Auch wenn möglicherweise Geruchs- und Insektenbelästigungen wegen eines sehr

dichten Türabschlusses ausgeblieben sind, ist nach dieser Zeitspanne meist von einem sehr vollen bzw. überfüllten Briefkasten auszugehen. Dies kann sowohl den Postzustellenden als auch den Nachbar:innen des Wohnhauses auffallen. Mitunter wird der nicht geleerte Briefkasten mit einer Reise erklärt. Die Poststücke, die nicht mehr in den Briefkasten passen, werden dann in der Nähe sorgsam gestapelt oder von anderen gesammelt aufbewahrt (vgl. Kapitel 4.1; Loke 2019). Wenn dies nicht der Fall ist, kann die Nicht-Beachtung auch dadurch begründet sein, dass mehrere Briefkästen im Wohnhaus überfüllt und nicht regelmäßig geleert werden, oder dass Poststücke – auch unterschiedlicher Adressat:innen – ungeöffnet auf dem Boden im Bereich der Postkästen liegen bleiben (Loke 2019; vgl. Kapitel 9). Das soziale Nebeneinander in der Nachbar:innenschaft führt tendenziell dazu, dass die Aufmerksamkeit eher nach innen gerichtet ist, und andere Personen – auch im selben Wohnhaus – nur marginal oder gar nicht wahrgenommen werden (Loke 2019). Die Auffindung erfolgt dann oft nach mehreren Monaten, weil die Mitbewohner:innen des Miethauses doch misstrauisch werden und sonstige Erklärungen für fehlende Lebenszeichen, wie eine Urlaubsreise, nicht mehr überzeugen. Das Ausbleiben der Mietzahlung kann auch zu einer Zwangsvollstreckung führen, im Rahmen welcher dann – nach mehreren Monaten – eher zufällig der Leichnam entdeckt wird (ebd.). Auch wenn in diesem letzten Fall eine gezielte Kontaktaufnahme erfolgt, so handelt es sich um behördliches und nicht um sozial motiviertes Handeln.

In den folgenden Abschnitten werden die empirischen Zusammenhänge von Liegezeit und sozialer Einbindung in Bezug auf weitere Indikatoren wie Geschlecht, Alter und Familienstand konkretisiert, um das (statistische) Profil der Verstorbenen genauer herauszuarbeiten.

8.3 Geschlecht – eine eklatante Dominanz der Männer

In Deutschland versterben jährlich insgesamt 1,5 Prozent mehr Frauen als Männer (*Destatis* 2019a) und in Nordrhein-Westfalen sogar ca. drei Prozent (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (*LZG NRW*) 2019). Die Tatsache, dass mehr Frauen als Männer versterben, obwohl diese eine höhere Lebenserwartung haben, mag irritieren, ist aber dadurch begründet, dass die Mortalitätsverhältnisse von den oberen Altersklassen dominiert werden, in denen Frauen die deutliche Mehrheit ausmachen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes (*GBE*) 1998: o. S.).

Der Forschungsstand belegt, dass sich *unentdeckte* Todesfälle gegen diese allgemeine Häufigkeitsverteilung verhalten (vgl. Kapitel 2.1). Die differenten Ergebnisse der bisherigen Untersuchungen weisen jedoch auf eine nicht unerhebliche Spannweite des Anteils männlicher Verstorbener zwischen 57 und mehr als 70 Prozent und beziehen sich teils auf sehr kleine Stichproben *unentdeckt* Verstorbener. Die eigene Erhebung kann diese Befunde nicht nur auf einer breiten empirischen Basis präzisieren, sondern auch – in Abhängigkeit von der Liegezeit und weiterer Merkmale – differenzieren.

Für den Untersuchungszeitraum ist eine eindeutige Dominanz der männlichen Verstorbenen mit mittleren Anteilen von 63 bzw. fast 65 Prozent für die Gesamtgruppen der beiden Städte festzuhalten. In den Teilgruppen gibt es mit Durchschnittswerten von gut 68 Prozent in Aachen und fast 76 Prozent in Gelsenkirchen anteilig noch mehr männliche

Verstorbene (Tab. 8.3.1). Der Anteil der weiblichen Verstorbenen liegt dementsprechend in den Gesamtgruppen durchschnittlich bei etwa einem Drittel und in den Teilgruppen bei etwa einem Viertel aller Sterbefälle. Die Anteilswerte der einzelnen Jahre weichen stark voneinander ab. Die Range des Männer- bzw. Frauen-Anteils ist für die Gesamtgruppen geringer als für die Teilgruppen. Auf der Vergleichsebene der Städte weichen die Durchschnittswerte der Jahre 2006 bis 2016 in den Teilgruppen stärker voneinander ab als in den Gesamtgruppen.

In Aachen sind aufgrund der starken Schwankungen für beide Gruppen keine prägnanten Entwicklungstendenzen hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Verteilungen auszumachen. In Gelsenkirchen ist der Anteil der verstorbenen Männer in der Gesamtgruppe leicht rückläufig und in der Teilgruppe ansteigend. In der Teilgruppe mit Liegezeit ≥ 8 Tage liegt der Durchschnittswert für den Erhebungszeitraum mit einem Männeranteil von fast 76 Prozent deutlich über dem Ausgangswert von 2006. In Gelsenkirchen hat sich in den Jahren 2006 bis 2016 zwar der Anteil der *unentdeckt* verstorbenen Frauen in der Gesamtgruppe erhöht, nicht aber in der Teilgruppe. Dies weist darauf hin, dass Frauen im Verlauf der Jahre zwar häufiger unbemerkt verstorben sind, dass aber ihr Tod öfter in der ersten Woche festgestellt wurde. Unter den verstorbenen Männern gibt es dagegen im selben Zeitraum einen wachsenden Anteil derer, die erst nach mehr als sieben Tagen aufgefunden wurden. Die geschlechtsabhängigen Unterschiede in der Liegezeit werden darauf zurückgeführt, dass die verstorbenen Frauen im Vergleich zu den verstorbenen Männern in stärkerem Maße sozial ›ausreichend‹ eingebunden waren.

Tab. 8.3.1: Anteil der männlichen Verstorbenen an den unentdeckten Toden in den Gesamt- und Teilgruppen/Aachen und Gelsenkirchen 2006–2016

Jahr	**Teilgruppe Aachen Anteil (Männer)**	**Gesamtgruppe Aachen Anteil (Männer)**	**Teilgruppe Gelsenkirchen (Anteil Männer)**	**Gesamtgruppe Gelsenkirchen (Anteil Männer)**
2006	85,7 %	67,6 %	66,7 %	68,2 %
2007	66,7 %	63,9 %	86,4 %	67,2 %
2008	40,0 %	55,6 %	70,4 %	63,1 %
2009	81,3 %	69,9 %	85,3 %	67,3 %
2010	61,3 %	65,5 %	78,8 %	68,8 %
2011	75,0 %	58,9 %	75,7 %	62,2 %
2012	62,5 %	57,7 %	70,0 %	61,0 %
2013	76,7 %	65,3 %	72,7 %	63,9 %
2014	70,0 %	62,5 %	72,4 %	61,1 %
2015	76,0 %	59,7 %	74,3 %	65,0 %
2016	68,0 %	69,4 %	78,0 %	66,3 %
2006–2016	Ø 68,2 %	Ø 63,0 %	Ø75,8 %	64,7 %

In beiden Städten belegen die niedrigeren Mittelwerte der Liegezeit für die Gruppen der verstorbenen Frauen deren frühere Auffindung. Die Spannweiten der Liegezeit – mit einer Range von 1 bis 365 Tagen für Männer und von 1 bis 90 Tagen für Frauen – stützen diese Tendenz nur in Aachen, in Gelsenkirchen dagegen weichen die maximalen Liegezeiten der Geschlechter nur ›geringfügig‹ voneinander ab (Tab. 8.3.2).

Tab. 8.3.2: Gerundete Mittelwerte der Liegezeit bei Männern und Frauen/Gesamtgruppen Aachen und Gelsenkirchen 2006–2016

Mittelwerte der Liegezeit	**Aachen Gesamtgruppe (Männer)**	**Aachen Gesamtgruppe (Frauen)**	**Gelsenkirchen Gesamtgruppe (Männer)**	**Gelsenkirchen Gesamtgruppe (Frauen)**
Gesamtzahl	N=897	N=526	N=1302	N=709
Arithmetisches Mittel	8,3	4,6	7,7	4,6
Median	2	1	2	1
Modus	1	1	1	1
Minimum	1	1	1	1
Maximum	365	90	225	203

Die Mittelwerte für die Teilgruppen der Städte lassen die geschlechtsspezifischen Differenzen in Aachen deutlicher hervortreten als in Gelsenkirchen (Tab. 8.3.3). Der Modus weist darauf hin, dass die Mehrheit der Teilgruppe in Aachen geschlechtsübergreifend nach acht Tagen und in Gelsenkirchen nach 14 Tagen aufgefunden werden. Die Unterschiede von (arithmetischem) Mittelwert und Median sind durch Ausreißer mit höheren Liegezeiten bedingt. Mit Ausnahme der Frauen in der Gelsenkirchener Teilgruppe liegt der Median geringfügig über dem Modalwert. Die Mittelwertverteilung belegt, dass die deutliche Mehrheit der Teilgruppe – geschlechtsübergreifend – der ›gelben‹ Kategorie mit Liegezeiten von maximal 28 Tagen zuzuordnen ist.

Tab. 8.3.3: Mittelwerte der Liegezeit bei Männern und Frauen/Teilgruppen Aachen und Gelsenkirchen 2006–2016

Mittelwerte der Liegezeit	**Aachen Teilgruppe (Männer)**	**Aachen Teilgruppe (Frauen)**	**Gelsenkirchen Teilgruppe (Männer)**	**Gelsenkirchen Teilgruppe (Frauen)**
Gesamtzahl	182	85	273	87
Arithmetisches Mittel	32,1	18,7	28,9	24,2

Median	16	14	16	16
Modus	14	14	8	8
Minimum	8	8	8	8
Maximum	365	90	225	203

Die nach Liegezeiten differenzierte Darstellung zeigt, dass in Aachen in allen Kategorien höhere Anteile von Frauen als von Männern aufgefunden sind (Tab. 8.3.4). Nach hundert Tagen sind alle verstorbenen Frauen aufgefunden, aber noch elf männliche Verstorbene *unentdeckt*.

Tab. 8.3.4: Anteil von Männern und Frauen an den Liegezeitkategorien Aachen 2006–2016

Liegezeit	**Anzahl Männer (Aachen)**	**Prozent-anteil Männer (Aachen)**	**Kumulierte Prozente Männer (Aachen)**	**Anzahl Frauen (Aachen)**	**Prozent-anteil Frauen (Aachen)**	**Kumulierte Prozente Frauen (Aachen)**
bis 7	715	79,7	79,7	441	83,8	83,8
bis 14	79	8,8	88,5	45	8,6	92,4
bis 21	32	3,6	92,1	20	3,8	96,2
bis 28	24	2,7	94,8	11	2,1	98,3
bis 50	26	2,9	97,7	6	1,1	99,4
bis 100	10	1,1	98,8	3	0,6	100,0
bis 150	5	0,6	99,3			
bis 200	2	0,2	99,6			
bis 250	1	0,1	99,7			
bis 350	2	0,2	99,9			
bis 400	1	0,1	100,0			
Gesamt	897	100,0		526	100,0	

In Gelsenkirchen bilden sich ähnliche Häufigkeitsverteilungen ab. Unterschiede ergeben sich in den Kategorien von mehr als hundert Tagen. Sie sind jedoch lediglich auf 15 männliche und zwei weibliche Todesfälle im Zeitraum 2006 bis 2016 bezogen (Tab. 8.3.5). Auffallend sind die im Vergleich zur Aachener Gruppe wesentlich deutlicher ausgeprägten geschlechtsspezifischen Unterschiede in der ›grünen‹ Kategorie in Höhe von fast neun Prozent.

Tab. 8.3.5: Anteil von Männern und Frauen an den Liegezeitkategorien Gelsenkirchen 2006–2016

Liegezeit	**Anzahl Männer (Gelsenkirchen)**	**Prozentanteil Männer (Gelsenkirchen)**	**Kumulierte Prozente Männer (Gelsenkirchen)**	**Anzahl Frauen (Gelsenkirchen)**	**Prozentanteil Frauen (Gelsenkirchen)**	**Kumulierte Prozente Frauen (Gelsenkirchen)**
bis 7	1029	79,0	79,0	622	87,7	87,7
bis 14	119	9,1	88,2	35	4,9	92,7
bis 21	52	4,0	92,2	26	3,7	96,3
bis 28	25	1,9	94,1	7	1,0	97,3
bis 50	38	2,9	97,0	13	1,8	99,2
bis 100	24	1,8	98,8	4	,6	99,7
bis 150	13	1,0	99,8	1	,1	99,9
bis 200	0	0	99,8	0	0	0
bis 250	2	,2	100,0	1	,1	100,0
Gesamt	1302	100,0		709	100,0	

Warum aber versterben mehr Männer als Frauen unbegleitet und bleiben länger *unentdeckt*? Auch wenn die Anzahl der alleinlebenden Männer – insbesondere im jüngeren und mittleren Lebensalter – in den vergangenen Jahrzehnten deutlich zugenommen hat, gibt es immer noch mehr alleinlebende Frauen als Männer (*Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung* (*BIB*) 2018), so dass sich dieses Faktum nicht allein durch die Haushaltsform erklären lässt. Die geschlechtsspezifischen Differenzen in der Mortalität werden daher vor allem auf soziale Ursachen zurückgeführt.

Etwa ein Fünftel der Verstorbenen im privaten Bereich bleibt (zunächst) *unentdeckt*. Ungefähr vier Fünftel der privaten Todesfälle werden dagegen durch das persönliche Netzwerk im Sterben begleitet oder aber innerhalb weniger Stunden nach Todeseintritt bemerkt. Die Begleitung am Lebensende stellt eine Form der sozialen (vor allem instrumentellen und psychosozialen) Unterstützung dar, welche grundsätzlich unabhängig von der Haushalts- und Wohnform erfolgen kann: Auch alleinlebende Personen werden in der Sterbephase im eigenen Zuhause durch ihr soziales Umfeld unterstützt.

Die Beziehungsgestaltung von Männern und Frauen unterscheidet sich jedoch sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht (vgl. Kapitel 3.4). Geschlechtsspezifische Differenzen in der Netzwerkgröße, der Verfügbarkeit sozialer Unterstützung, den Bezugskontexten, den sozialen Präferenzen und in den ausgebildeten Sozial- wie Beziehungskompetenzen sind empirisch belegt. Alleinlebende Männer haben die wenigsten sozialen Kontakte (Runge 2007: 96f.) und verfügen über die geringste soziale Unterstützung (Schmerl/Nestmann 1991 und Burda/Vaux/Schill 1984, beide zit.n. Eller 2006: 15). Da Frauen wie Männer zudem mehr gleich- als andersgeschlechtliche Kontakte pflegen (Griffith 1985, zit.n. Eller 2006: 15), vermindert sich so die Qualität der sozialen Einbindung der Männer zusätzlich.

In Summe führen die geschlechtsbezogenen Differenzen in der Beziehungsgestaltung dazu, dass (insbesondere alleinlebende) Männer im Allgemeinen nicht nur sozial schwächer eingebunden sind, sondern auch seltener über soziale Unterstützung am Lebensende verfügen. Die eigene Untersuchung bestätigt diese Befunde in zweierlei Hinsicht. Einerseits zeigt die eklatante Dominanz der Männer insgesamt, dass alleinlebende Männer in der Sterbephase häufiger unbegleitet bzw. ›unzureichend‹ begleitet sind als alleinlebende Frauen[4]. Andererseits verdeutlichen die tendenziell höheren Liegezeiten zudem, dass die soziale Einbindung dieser Männergruppe unzureichend geeignet ist, den Todeseintritt zeitnah zu bemerken. Im Gegensatz dazu ist die soziale Einbindung der allein verstorbenen Frauen häufiger mit einer Auffindung innerhalb der ersten Woche verbunden. Die Mehrheitsverhältnisse in der ›gelben‹ und ›roten‹ Gruppe unterstreichen, dass Männer zu Lebzeiten ein höheres Risiko der sozialen Vereinzelung und der sozialen Isolation (vgl. Huxhold/Engstler 2019: 71; BMFSFJ 2019; 110) sowie infolgedessen auch eines länger *unentdeckten* Todes haben. Umgekehrt bedeuten diese Ergebnisse, dass die verstorbenen Frauen der ›grünen‹ und ›gelben‹ Gruppe in höherem Maße in enge und sonstige Sozialbeziehungen eingebunden waren als die verstorbenen Männer und hierdurch ein früheres Auffinden begünstigt wurde.

Die Geschlechterverteilung unterscheidet sich nicht nur abhängig von der Liegezeit, sondern auch vom Todesalter: Im jüngeren, mittleren und höheren Todesalter bis 80 Jahre dominieren die männlichen Verstorbenen – in den Altersklassen 31 bis 40 und 41 bis 50 Jahre mit Anteilen von mehr als 80 Prozent. Ab einem Alter von 81 Jahren kehren sich die Mehrheitsverhältnisse um: Obwohl der Anteil der Frauen an der Gesamtgruppe nur etwa ein Drittel ausmacht, sind in den höchsten Altersklassen etwa zwei Drittel der Verstorbenen Frauen. Die gleichzeitige Betrachtung der Merkmale Geschlecht, Todesalter und Liegezeit belegt, dass ab einem Alter von 81 Jahren bei beiden Geschlechtern niedrigere Liegezeiten überwiegen. Außerdem zeigt sich über die gesamte Lebensspanne, dass die Liegezeiten der verstorbenen Frauen durchschnittlich niedriger sind als die der gleichaltrigen Männer.

Die Dominanz der *unentdeckt* verstorbenen Männer im jüngeren und mittleren Alter lässt sich teils mit der sogenannten »Übersterblichkeit« erklären. Im Alter von 35 bis 64 Jahren versterben in der Allgemeinbevölkerung mehr Männer als Frauen infolge von Unfällen, Suiziden oder Gewalttaten sowie durch Kreislauferkrankungen (*RKI* 2015: 21). Diese erhöhte Sterblichkeit wird vor allem auf soziale, verhaltens- und umweltbedingte Faktoren zurückgeführt (Wiedemann/Wegner-Siegmundt/Luy 2015: 494). Sie resultiert daraus, dass es in der männlichen Bevölkerung Teilgruppen mit besonders hoher Sterblichkeit gibt, welche vor allem einem niedrigen sozioökonomischen Status zugerechnet werden (ebd.: 496; Luy/Gast 2014). Die vorzeitige Sterblichkeit der Männer gegenüber den Frauen existiert zwar in allen Einkommensgruppen, fällt umso größer aus, je niedriger das Einkommen ist (Lampert/Kroll/Hoebel 2019: 7f.).

4 Damit soll jedoch nicht unterstellt werden, dass das unbegleitete Sterben nicht auch dem Wunsch und Bedürfnis einzelner Betroffener entsprechen kann.

8.4 Todesalter – eine weit unterdurchschnittliche Lebensdauer

Die Lebensdauer der *unentdeckt* Verstorbenen in Aachen und Gelsenkirchen liegt bei einem Median von 67 bzw. 66 Jahren (vgl. Tab. 8.4.1) und damit nicht nur weit unter der mittleren Lebenserwartung in Deutschland im Allgemeinen, sondern auch unter der durchschnittlichen Lebenserwartung von Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status, welche bei Männern ca. 70 und bei Frauen ca. 79 Jahre beträgt (Lampert/Kroll/Hoebel 2019: 8).

Tab. 8.4.1: Gerundete Mittelwerte des Todesalters/Gesamtgruppen Aachen und Gelsenkirchen 2006–2016

Mittelwerte des Todesalters	Gesamtgruppe Aachen	Gesamtgruppe Gelsenkirchen
Gesamtzahl	N=1.423	N=2.011
Arithmetischer Mittelwert	65,7	65,6
Median	67	66
Modus	80	68
Minimum	20	18
Maximum	103	102

Die Auswertung der Daten des *sozio-ökonomischen Panels* (*SOEP*) der Jahre 1992 bis 2016 belegt, dass 13 Prozent der Frauen und 27 Prozent der Männer aus der niedrigsten Einkommensgruppe vor Vollendung des 65. Lebensjahres stirbt, wohingegen in der höchsten Einkommensgruppe lediglich acht Prozent der Frauen und 14 Prozent der Männer betroffen sind (Lampert/Kroll/Hoebel 2019: 3). In der eigenen Erhebung sind diese durchschnittlichen Anteile in den Gesamtgruppen mit 46 Prozent (Aachen) und mit ca. 49 Prozent (Gelsenkirchen) deutlich höher. Die Anteile der verstorbenen Frauen und Männer sind – selbst im Vergleich zur niedrigsten Einkommensgruppe des *SOEP* – mehr als doppelt so hoch. Die geschlechtsdifferenzierten Unterschiede sind vorhanden, aber in geringerem Maße ausgeprägt. In den Teilgruppen der *unentdeckt* Verstorbenen sind sogar ca. 56 bzw. 62 Prozent aller Personen vor Vollendung des 65. Lebensjahres verstorben. Geschlechtsdifferenziert ist der Anteil der Männer zwar höher als der Anteil der Frauen, aber im Vergleich zur Gesamtgruppe sind die Unterschiede deutlich geringer ausgeprägt. Hieraus lässt sich schließen, dass die weit unterdurchschnittliche Lebensdauer der *unentdeckt* Verstorbenen im Allgemeinen sowie der verstorbenen Männer und der Verstorbenen beiderlei Geschlechts mit einer Liegezeit von mehr als acht Tagen im Besonderen auf einen starken Zusammenhang mit einem (sehr) niedrigen Einkommen weist (vgl. Tab. 8.4.2).

Tab. 8.4.2: Prozentanteil der Verstorbenen mit einer Lebensdauer von ≤ 65 Jahren insgesamt bzw. der verstorbenen Männer und Frauen an den Gesamt- und Teilgruppen/Aachen und Gelsenkirchen 2006–2016

Prozentanteil der Verstorbenen mit einer Lebensdauer von ≤ 65 Jahren	**Gesamtanteil**	**Anteil der verstorbenen Frauen**	**Anteil der verstorbenen Männer**
Aachen Gesamtgruppe N=1.423	46 %	30,5 %	55 %
Aachen Teilgruppe N=367	55,8 %	51,8 %	57,7 %
Gelsenkirchen Gesamtgruppe N=2.011	49,2 %	30,6 %	59,3 %
Gelsenkirchen Teilgruppe N=360	61,7 %	41,4 %	65,6 %

Die in Bezug auf die Referenzwerte weit unterdurchschnittliche Lebensdauer lässt sich nicht durch regionale Abweichungen begründen. In Nordrhein-Westfalen lag das durchschnittliche Todesalter im Jahr 2015 bei 77,7 Jahren (2006: 75,9 Jahre), geschlechtsdifferenziert betrug der Wert für Frauen 80,6 Jahre (2006: 79,6 Jahre) und für Männer 74,6 Jahre (2006: 71,8 Jahre) (LZG NRW 2019). In Ermangelung des durchschnittlichen Sterbealters für die beiden Kommunen (Auskunft Statistisches Landesamt NRW 2019) kann hier nur der Vergleich mit der mittleren Lebenserwartung bei Geburt in Nordrhein-Westfalen erfolgen, welche zum selben Zeitpunkt für Frauen bei knapp 83 und für Männer bei gut 78 Jahren lag (ebd.). Beide Kommunen weichen vom Landesdurchschnitt ab: Die mittlere Lebenserwartung bei Geburt lag in Gelsenkirchen mit 81,7 Jahren unter und in Aachen mit 83,3 Jahren über dem Mittelwert für Nordrhein-Westfalen (ebd.). Geschlechtsdifferenziert betrachtet haben neugeborene Mädchen in Gelsenkirchen statistisch gut 82 Lebensjahre und Jungen im Schnitt fast 77 Jahre zu erwarten (Rau/Schmertmann 2020). In der Städteregion Aachen liegen die Werte für Mädchen bei fast 84 Jahren und für Jungen bei gut 78 Jahren (ebd.). Auch wenn die Differenz zwischen dem Sterbealter und der durchschnittlichen Lebenserwartung – für Frauen von fast drei und für Männer von fast vier Jahren – berücksichtigt wird, liegt das mittlere Sterbealter der *unentdeckt* Verstorbenen eindeutig weit darunter. Allerdings spiegeln sich auch auf diesem sehr niedrigen Niveau die graduellen Differenzen zwischen den beiden Kommunen: In Gelsenkirchen ist die mittlere Lebensdauer niedriger als in Aachen.

Die Unterschiede zu den Mortalitätsverhältnissen der Allgemeinbevölkerung werden als Ausdruck bestehender sozialer und gesundheitlicher Ungleichheitsverhältnisse gedeutet, welchen die Gruppe *unentdeckt* Verstorbener in stärkerem Maße ausgesetzt ist (vgl. Lampert/Kroll/Hoebel 2019: 2). Empirische Untersuchungen belegen als mögliche Ursachen eine schlechtere Ausstattung mit materiellen, kulturellen und sozialen Ressourcen wie auch stärkere psychische und physische Belastungen – insbesondere im Erwerbsleben (*RKI* 2015: 22). Außerdem sind deutliche Zusammenhänge zwischen einer geringeren Lebensdauer beider Geschlechter mit chronischen Erkrankungen nachge-

wiesen, die teils mit ungleicher Qualität der medizinischen Versorgung begründet werden (ebd.: 23).

Unterschiede in der Lebenserwartung bzw. in der Lebensdauer können durch differierende sozialstrukturelle Bedingungen begründet sein und sich zwischen konjunkturschwachen Regionen mit höherer Arbeitslosigkeit und Armutsrisiko und prosperierenden Regionen mit beinahe Vollbeschäftigung und hohem Wohlstand manifestieren (*RKI* 2015: 21). Sowohl die Einwohner:innen in Aachen als auch in Gelsenkirchen hatten im Jahr 2016 im Landesvergleich unterdurchschnittliche verfügbare Einkommen[5]. Aachen unterschritt diesen Wert ›nur‹ um 7,1 Prozent, Gelsenkirchen jedoch um 25 Prozent (*LZG NRW* 2019). Die Arbeitslosenquote lag in Aachen mit 9,2 Prozent leicht über dem Landesschnitt von 8,3 Prozent, und in Gelsenkirchen wurde mit 16 Prozent der höchste Wert im Bundesland erreicht (ebd.). Auf Landesebene liegen die Werte aus Aachen im Mittelfeld und die Werte aus Gelsenkirchen an letzter Position. Diese sozialstrukturellen Differenzen der Städte bilden sich in der eigenen Erhebung jedoch kaum in abweichenden Mittelwerten des Todesalters ab[6]. Daher liegt der Schluss nahe, dass die kleinräumigen sozialstrukturellen Lebensbedingungen der *unentdeckt* Verstorbenen in beiden Städten ähnlich sind und infolgedessen auch deren Sterblichkeitsverhältnisse (vgl. RKI 2015: 21; Mielck 1993). Über die geringe Lebensdauer der *unentdeckt* Verstorbenen lassen sich demzufolge auch Korrelationen mit Arbeitslosigkeit und prekären Einkommensverhältnissen begründen.

Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und einem höheren Mortalitätsrisiko bzw. einer geringeren Lebenserwartung bei Geburt ist nachgewiesen und für Männer stärker als für Frauen ausgeprägt (Kroll/Müters/Lampert 2015). Arbeitslosigkeit kann die Mortalität von Männern im erwerbsfähigen Alter verdoppeln (*BPB* 2018b: 44). Hinsichtlich der beobachteten Geschlechtsdifferenzen wird diskutiert, dass Frauen stärker als Männer auch in Familienrollen ausgleichende Ressourcen finden sowie sich auch strukturelle Unterschiede in der Beschäftigung – beispielsweise hinsichtlich Arbeitsumfang und Attraktivität – derart auswirken können, dass Arbeitslosigkeit von Frauen weniger belastend erlebt wird (Kroll/Müters/Lampert 2015). Es wird angenommen, dass der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Mortalität über abnehmende soziale Ressourcen und einen erhöhten psychosozialen Stress in Verbindung mit psychischen Erkrankungen vermittelt wird. Bei arbeitslosen Personen treten häufiger gesundheitliche Probleme sowie gesundheitlich riskante Verhaltensweisen (z.B. Tabakkonsum, sportliche Inaktivität) auf. Die gesundheitliche Selbstfürsorge ist geringer ausgeprägt als bei erwerbstätigen Personen. Die Befunde für einen erhöhten Alkoholkonsum bei Arbeitslosigkeit sind nicht eindeutig (ebd.).

---

5 Die Studierenden haben einen Anteil von ca. einem Fünftel an der Gesamtbevölkerung in Aachen (Stadt Aachen 2015). Für diese Gruppe ist zwar tendenziell von einem geringerem materiellen, aber auch von einem höheren kulturellen Kapital auszugehen.

6 Zwischen den Städten gibt es sozialstrukturelle Differenzen (Arbeitslosigkeit, Wohlstand), welche sich zwar kaum in den Mortalitätsverhältnissen bezüglich des Todesalters abbilden. Es erscheint jedoch plausibel, dass die regionalen Unterschiede ihren Ausdruck in differierenden Vorkommen der unentdeckten Tode insgesamt finden. Das im Vergleich zu Aachen häufigere Auftreten unentdeckter Tode lässt sich demzufolge auch in einem Zusammenhang mit der höheren Arbeitslosigkeit und Einkommensarmut in Gelsenkirchen verorten.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede treten beim Todesalter der *unentdeckt* Verstorbenen deutlich hervor. Die entsprechenden Mediane weisen auf eine Differenz in der Lebensdauer von Männern und Frauen von zwölf bzw. dreizehn Jahren in den beiden Kommunen (Tab. 8.4.3). Auch hier zeigt sich eine Abweichung von den allgemeinen Mortalitätsverhältnissen: In Deutschland leben Frauen durchschnittlich fünf Jahre länger als Männer (*Destatis* 2019a: 20). Die Differenzen in der Mortalität zwischen Männern und Frauen desselben Sozialstatus sind nur zu einem geringen Teil auf biologische bzw. genetische Faktoren, sondern vor allem auf die Auswirkungen differierender Lebensstile sowie Beziehungsgestaltungen zurückzuführen (vgl. Kapitel 3.4).

Tab. 8.4.3: Gerundete Mittelwerte des Todesalters/Gesamtgruppen/Frauen und Männer/Aachen und Gelsenkirchen 2006–2016

Mittelwerte des Todesalters	**Gesamtgruppe Aachen (Männer)**	**Gesamtgruppe Aachen (Frauen)**	**Gesamtgruppe Gelsenkirchen (Männer)**	**Gesamtgruppe Gelsenkirchen (Frauen)**
Gesamtzahl	N=897	N=526	N=1.302	N=709
Arithmetischer Mittelwert	62,2	71,6	62,2	71,9
Median	63	75	62	75
Modus	53[a]	80	68	87
Minimum	20	22	18	18
Maximum	99	103	99	102

a. Mehrere Modi vorhanden. Der kleinste Wert wird angezeigt.

Die *unentdeckt* Verstorbenen in den Teilgruppen weisen durchschnittlich eine noch geringere Lebensdauer als die Verstorbenen in den Gesamtgruppen auf (Tab. 8.4.4). Dieses Faktum bestätigt, dass die Lebensdauer von der sozialen Einbindung beeinflusst wird. Eine positive Qualität sozialer Beziehungen geht mit einer mortalitätssenkenden Wirkung einher (Klein et al. 2002: 447). Für die Gruppe der *unentdeckt* Verstorbenen zeigt sich die Tendenz, dass eine ›ausreichende‹ soziale Einbindung mit einem längeren Leben einhergeht. Eine ›unzureichende‹ soziale Einbindung erhöht dagegen die Morbidität und Mortalität (vgl. Kapitel 5.4.4). Dies gilt vor allem für ledige oder geschiedene Männer mit niedrigem sozioökonomischen Status (ebd.).

Tab. 8.4.4: Gerundete Mittelwerte des Todesalters/Teilgruppen/Aachen und Gelsenkirchen 2006–2016

Mittelwerte des Todesalters	Teilgruppe Aachen	Teilgruppe Gelsenkirchen
Gesamtzahl	N=267	N=360
Arithmetischer Mittelwert	62,8	61,9
Median	63	62
Modus	56[a]	68
Minimum	24	25
Maximum	93	91

a. Mehrere Modi vorhanden. Der kleinste Wert wird angezeigt.

Geschlechtsdifferenziert betrachtet ist das Median-Todesalter der Männer der Teilgruppe – im Vergleich zur Gesamtgruppe – um ein Jahr, das der Frauen der Teilgruppe jedoch in Aachen um zehn und in Gelsenkirchen um fünf Jahre reduziert (Tab. 8.4.5). Das Todesalter von Männern und Frauen in der Aachener Teilgruppe differiert nur um drei Lebensjahre. Diese Abweichung lässt sich vor allem darauf zurückführen, dass es hier einen höheren Anteil von verstorbenen Frauen im jüngeren Alter gegeben hat. Der Modus des Todesalters der Frauen liegt dementsprechend in Aachen bei 49 und in Gelsenkirchen bei 61 Jahren.

Tab. 8.4.5: Gerundete Mittelwerte des Todesalters/Teilgruppen/Frauen und Männer/Aachen und Gelsenkirchen 2006–2016

Mittelwerte des Todesalters	Teilgruppe Aachen (Männer)	Teilgruppe Aachen (Frauen)	Teilgruppe Gelsenkirchen (Männer)	Teilgruppe Gelsenkirchen (Frauen)
Gesamtzahl	N=182	N=85	N=273	N=87
Arithmetischer Mittelwert	62,0	64,4	59,8	68,4
Median	62	65	61	70
Modus	62	49[a]	68	61
Minimum	26	24	25	32
Maximum	93	93	88	91

a. Mehrere Modi vorhanden. Der kleinste Wert wird angezeigt.

Unentdeckt Verstorbene haben mehrheitlich eine (weit) unterdurchschnittliche Lebensdauer. Männer sterben tendenziell jünger als Frauen, und mit einer höheren Liegezeit sinkt das durchschnittliche Todesalter nochmals. Der Vergleich verdeutlicht, dass die Mediane des Todesalters in beiden Städten annähernd gleich sind bzw. übereinstim-

men (vgl. Tab. 8.4.6). Aus den korrespondierenden Werten lässt sich schließen, dass die Sterblichkeitsverhältnisse der Gruppe *unentdeckt* Verstorbener durch ähnliche Lebensbedingungen und kaum durch spezifische lokale Faktoren beeinflusst sind. Es liegt nahe, dass die höhere Mortalität bzw. niedrigere Lebensdauer von Männern und Frauen insgesamt vor allem auf prekäre Einkommensverhältnisse in Verschränkung mit psychischen und physischen (Arbeits-)Belastungen, Arbeitslosigkeit und/oder einem kleinen sozialen Netzwerk zurückzuführen sind (vgl. Onnen/Stein-Redent 2017: 75; *DAK* 2008: 65; Scholz/Schulz 2007: 7ff.). Die geschlechtsspezifischen Unterschiede werden vor allem auf differierende Lebensstile zurückgeführt (vgl. Onnen/Stein-Redent 2017).

Tab. 8.4.6: Median des Todesalters/Gesamt- und Teilgruppen/Frauen und Männer/Aachen und Gelsenkirchen 2006–2016

Mittelwerte	Aachen Teilgruppe	Gelsenkirchen Teilgruppe	Aachen Gesamtgruppe	Gelsenkirchen Gesamtgruppe
2006–2016 Median Gesamte Gruppe	63	62	67	66
2006–2016 Median Männer	62	61	63	62
2006–2016 Median Frauen	65	70	75	75

8.5 Geburts- und Sterbeort in der Bedeutung für die sozial-räumliche Einbindung

Die beiden Indikatoren, die die sozial-räumliche Zugehörigkeit der Verstorbenen näher beschreiben, sind der Geburts- und der Sterbeort. Eine Übereinstimmung deutet auf eine geringe räumliche Mobilität bzw. auf die Rückkehr in den Geburtsort am Lebensende. Liegt der Ursprung dagegen in einem (außer)europäischen Land, so erstreckt sich die Mobilität bzw. Migration über Staatsgrenzen.

In der Bevölkerungsforschung werden sogenannte »lifetime stayers«, welche den Geburtsort nicht verlassen, von »lifetime movers« unterschieden, welche, meist aus beruflichen Gründen, mehrfach ihren Wohnort wechseln (BIB 2019: o. S.). Die empirischen Befunde verdeutlichen, dass die Anteile der »lifetime stayers« in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich zurückgegangen sind (ebd.). Frauen zeigen insgesamt eine höhere Tendenz zur räumlichen Veränderung sowie auch Personen mit höherer Bildung eher ihren Wohnort wechseln (ebd.). Ortsfeste Personen sind meist stark in lokale soziale Netzwerke eingebunden und haben ein ausgeprägtes Verbundenheitsgefühl mit ihrem Lebensumfeld (ebd.). Einerseits erscheint es plausibel, dass eine Person, die ihre Sozialisation und Biographie in einem räumlich begrenzten Bereich vollzogen hat, hier in vielfältigere und engere soziale Beziehungen eingebunden ist als jemand, der erst später an diesen Ort gekommen ist und sich in neue soziale Zusammenhänge eingliedern musste. Andererseits ist es ebenfalls naheliegend, dass gerade mobile Personen aufgrund ihrer

meist umfassende(re)n Ressourcenausstattung besonders befähigt sind, soziale Netzwerke (auch an neuen Orten) aufzubauen.

Die Daten des *SOEP* von 2017 belegen, dass rund jede zweite in Deutschland geborene Person im Alter zwischen 30 und 64 Jahren ausschließlich in dem Kreis lebt, in dem sie geboren und aufgewachsen ist (ebd.). Die eigene Untersuchung bestätigt diese annähernd gleichen Anteile von »lifetime stayers« und »lifetime movers« für Aachen. Hier sind 46,6 Prozent der Gesamtgruppe in der Stadt selbst bzw. in der umliegenden Region geboren und gestorben. In Gelsenkirchen liegt der entsprechende Wert dagegen bei fast 63 Prozent. In beiden Städten bilden sich geschlechtsspezifische Unterschiede ab: Die räumliche Mobilität der verstorbenen Frauen war stärker ausgeprägt als bei den überwiegend ortsfesten männlichen Verstorbenen. Die Ergebnisse der Teilgruppen mit einer Liegezeit ≥ 8 Tage belegen für Aachen – im Vergleich zur Gesamtgruppe – leicht verringerte und für Gelsenkirchen leicht erhöhte Anteile der ortsfesten Verstorbenen. Nur die in Aachen geborenen und verstorbenen Frauen wurden mehrheitlich in der ersten Woche nach ihrem Tod aufgefunden. Für die ortsfesten männlichen Verstorbenen in Aachen und beide Geschlechter in Gelsenkirchen trifft dies jedoch nicht zu.

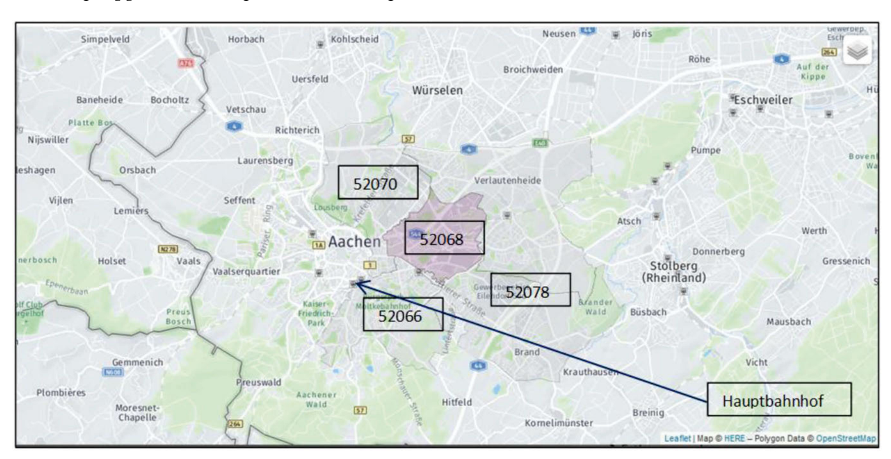
In Gelsenkirchen gibt es im Vergleich zu Aachen eine größere Anzahl *unentdeckter* Todesfälle und hierunter auch einen deutlich höheren Anteil ortsfester Personen. *Unentdeckte* Tode sind tendenziell ein Hinweis auf eine schwächere soziale Einbindung – insbesondere für die Gruppe der Männer und dies vor allem mit ansteigender Liegezeit. Die Gelsenkirchener Daten unterstreichen, dass eine überdurchschnittlich hohe Ortsfestigkeit und eine unterdurchschnittliche räumliche Mobilität nicht zwingend mit einer stärkeren sozialen Vernetzung einhergehen. Das Verbleiben am Geburtsort kann daher nicht sicher als ein protektiver Faktor gegen *unentdeckte* Tode bzw. höhere Liegezeiten eingeschätzt werden. Die ausgeprägte räumliche Verbundenheit in Gelsenkirchen kann sowohl Ausdruck der Zufriedenheit mit den lokalen Lebensbedingungen sein als auch auf einen Mangel an individuellen (beruflichen) Alternativen hinweisen. Untersuchungsergebnisse belegen nämlich, dass der montanindustrielle Strukturwandel und die hohen Arbeitslosenquoten im Ruhrgebiet eher nah- und fernräumliche Abwanderungen – insbesondere von qualifizierten Arbeitskräften – bewirkt haben (Gerber 2011: 121; Lageman/Schmidt 2006: 18). Die unterdurchschnittliche räumliche Mobilität in Gelsenkirchen kann vor diesem Hintergrund auch als Mangel an beruflichen Alternativen bzw. mit Arbeitslosigkeit der *unentdeckt* Verstorbenen ausgelegt werden.

Der Sterbeort befindet sich bei allen *unentdeckten* Todesfällen im privaten bzw. halböffentlichen Raum. In nur sehr wenigen Fällen handelt es sich um ein fremdes Zuhause. Das konkrete Wohnumfeld ist unbekannt, und es kann nicht gesagt werden, in wie vielen Fällen der Tod in Ein- und Mehrfamilienhäusern, Hochhäusern, Großwohnsiedlungen oder an anderen Orten erfolgte.

Die Sterbeorte sind jeweils durch die Postleitzahl der Meldeadresse gekennzeichnet und sind bestimmten städtischen Räumen zuzuordnen. In Gelsenkirchen gibt es 18 Stadtteile und 13 Postleitzahlen-Bezirke, in Aachen 21 Stadtteile in sieben verschiedenen Bezirken und zehn Postleitzahlen-Gebiete. Aufgrund dieser Verteilung ist eine Zuordnung der Postleitzahlen zu bestimmten Stadtteilen in Gelsenkirchen eher möglich als in Aachen.

Unentdeckte Tode treten in Aachen gehäuft in den innenstadtnahen Bereichen auf und betreffen eher bevölkerungsstarke Bezirke. Das Gesamtgebiet umfasst Teile von Aachen Mitte, Brand, Haaren und Laurensberg (Abb. 8.5.1).

Abb. 8.5.1: Postleitzahlen-Bezirke mit einem gehäuften Auftreten unentdeckter Tode/ Gesamtgruppe Aachen (eigene Bearbeitung)



Die Bevölkerungsdichte reicht in diesen Postleitzahlen-Bezirken von 2.367 bis 4.139 Personen je Quadratkilometer (Tab. 8.5.1)[7].

Tab. 8.5.1: Bevölkerungszahl und -dichte in Postleitzahlen-Bezirken mit einem gehäuften Auftreten unentdeckter Tode/Aachen (Stand 2011)

Postleitzahlen-Bezirk	**Bevölkerungszahl**	**Bevölkerungsdichte**
52064	22.594	10.341/km²
52066	31.839	4.139/km²
52068	15.378	2.835/km²
52070	22.563	2.458/km²
52078	29.730	2.367/km²

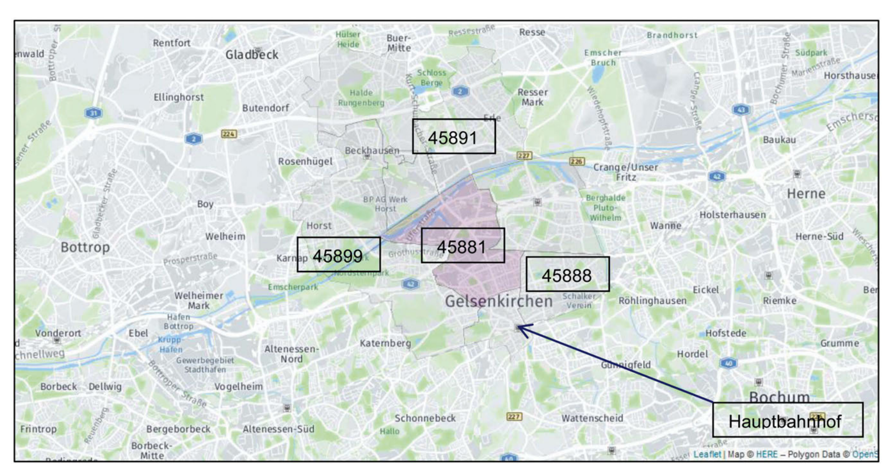
Quellen: Zensus/Statistische Ämter des Bundes und der Länder) Aachen und Gelsenkirchen 2006–2016

Auch in Gelsenkirchen ist ein verstärktes Auftreten *unentdeckter* Tode in den innenstadtnahen Bereichen, aber auch nördlich des Rhein-Herne-Kanals bzw. der Emscher

7 Die Bezirke mit einem gehäuften Auftreten von Toden mit Liegezeit ≥ 8 Tage sind in den Tabellen des Abschnitts 8.5 grau hinterlegt.

zu verzeichnen. Das Gebiet umfasst die Stadtteile Schalke und Schalke Nord (»45881«), Bulmke-Hüllen (»45888«), Erle (»45891«), Beckhausen (»45899«), Heßler (»45899«) und Horst (»45899«) (Abb. 8.5.2).

Abb. 8.5.2: Postleitzahlen-Bezirke mit einem gehäuften Auftreten unentdeckter Tode/ Gesamtgruppe Gelsenkirchen (eigene Bearbeitung)



Die Bevölkerungsdichte schwankt – mit Ausnahme eines höheren Werts für den Bezirk »45888« (Bulmke-Hüllen) – um 3.300 Personen je Quadratkilometer (Tab. 8.5.2)[8].

Tab. 8.5.2: Bevölkerungszahl und -dichte in Postleitzahlen-Bezirken mit einem gehäuften Auftreten unentdeckter Tode/Gelsenkirchen (Stand 2011)

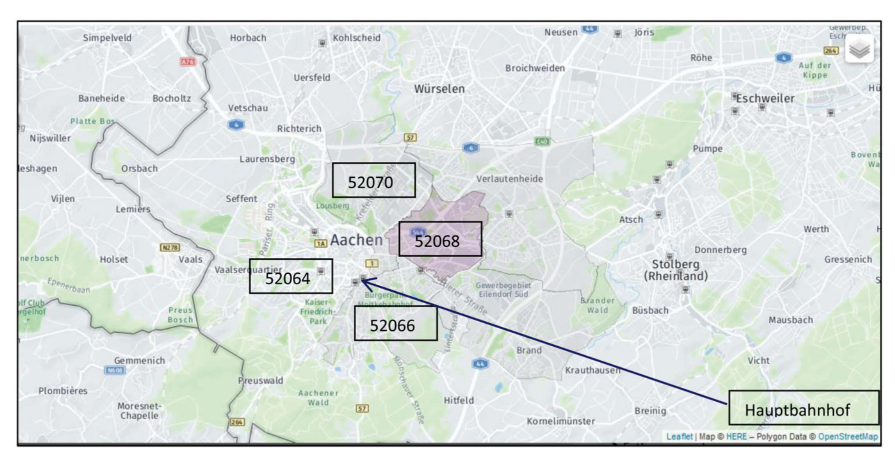
Postleitzahlen-Bezirk	**Bevölkerungszahl**	**Bevölkerungsdichte**
45881	24.073	3.329/km²
45886	19.053	3.052/km²
45888	22.821	5.420/km²
45891	26.414	3.357/km²
45899	26.846	3.464/km²

Quellen: Zensus/Statistische Ämter des Bundes und der Länder)

8 Eine erste deskriptivstatistische Analyse von 59 Sterbedokumenten ordnungsamtlich Bestatteter aus dem Zeitraum 2011 bis 2013 ergab eine tendenzielle Häufung der unentdeckten Todesfälle in den Stadtteilen Schalke/Schalke Nord, Bulmke-Hüllen, Ückendorf, Horst und Buer (Geser et al. 2014; Loke 2019: 15).

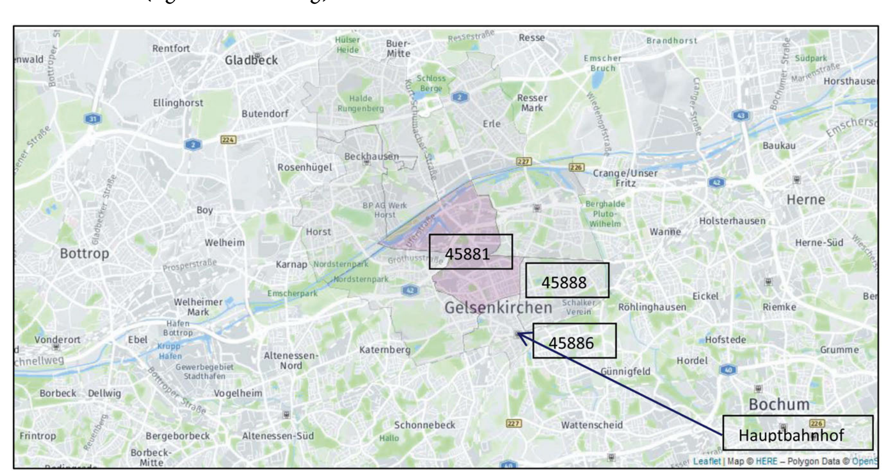
Die räumliche Verteilung *unentdeckter* Tode konzentriert sich in noch stärkerem Maße, wenn nur die Todesfälle mit einer Liegezeit ≥ 8 Tage berücksichtigt werden. In beiden Städten sind nicht die (historischen) Stadtkerne selbst, sondern die räumlich angrenzenden Innenstadtbereiche betroffen (Abb. 8.5.3 und 8.5.4). In Gelsenkirchen häufen sich die Todesfälle ausschließlich in den Stadtteilen, die südlich des Rhein-Herne-Kanals bzw. der Emscher gelegen sind[9].

Abb. 8.5.3: Postleitzahlen-Bezirke mit einem gehäuften Auftreten unentdeckter Tode/Teilgruppe Aachen (eigene Bearbeitung)



9 Strohmeier und Häußermann (2003: 58) konstatierten für Gelsenkirchen hinsichtlich der sozialräumlichen Struktur eine Nord-Süd-Polarisierung der sozialen Problemlagen und der ethnischen Segregation. Die Grenze verliefe demnach ungefähr entlang des Rhein-Herne-Kanals. Im südlichen Stadtgebiet befänden sich die Stadtteile mit überdurchschnittlich hohem Ausländeranteil und hoher Sozialhilfedichte, während jene mit entsprechenden unterdurchschnittlichen Werten in der nördlichen Hälfte anzutreffen seien.

Abb. 8.5.4: Postleitzahlen-Bezirke mit einem gehäuften Auftreten unentdeckter Tode/Teilgruppe Gelsenkirchen (eigene Bearbeitung)



Auffallend ist, dass die Innenstadtkerne selbst nicht von einem gehäuften Auftreten *unentdeckter* Tode betroffen sind. In Aachen weist der verkehrsberuhigte historische Altstadtkern eine hohe bzw. höhere Wohnqualität auf. Die durchschnittliche Miete pro Quadratmeter liegt hier bei neun und in der Gelsenkirchener *Altstadt* bzw. *Neustadt* bei gut sechs Euro (Immo Scout 24 2020). Die Bevölkerungszusammensetzung lässt in Aachen auf vergleichsweise einkommensstärkere, in Gelsenkirchen dagegen auf einen hohen Anteil einkommensarmer Personen schließen (Stadt Gelsenkirchen 2018: 34f.) wie auch auf einen im Vergleich zur Gesamtstadt überdurchschnittlichen Anteil nichtdeutscher Personen in Höhe von ca. 30 Prozent mit Stand vom 30.06.2015 (Stadt Gelsenkirchen 2016b).

In Aachen und Gelsenkirchen sind *unentdeckte* Tode vor allem in den bevölkerungsstarken Gebieten aufgetreten. Die genaue Anzahl der Sterbefälle ist für diese Bezirke nicht bekannt, aber es ist davon auszugehen, dass hier mehr Personen versterben als in den bevölkerungsärmeren Gebieten. Eine Gewichtung *unentdeckter* Tode zur Gesamtzahl aller Sterbefälle im Postleitzahlen-Bezirk ist aufgrund der fehlenden Daten nicht möglich. Somit bleibt es offen, ob die Relation proportional oder disproportional gekennzeichnet ist.

Die Bevölkerungsdichte ist in den Gebieten mit einem gehäuften Auftreten *unentdeckter* Tode relativ hoch. Dies bedeutet, dass die Population vor Ort eher in räumlich-physischer Nähe zu den Nachbar:innen lebt. Es ist möglich, dass dieser »social overload« (Flade 1987: 129ff.) in Verbindung mit geringerer sozialer Kontrolle und Verantwortungsdiffusion dazu führt, dass die Initiative der Einzelnen bei ausbleibenden Lebenszeichen von Nachbar:innen gemindert ist. Es ist aber auch denkbar, dass dies gar nicht bemerkt wird, da die Fürsorge und Aufmerksamkeit eher auf die eigenen Angelegenheiten bezogen bleiben und sich nicht nach außen in das Umfeld richten. Die »soziale Überlastung« kann auch die Anonymität und das soziale Nebeneinander forcieren, so dass auch gemeinsame Nachforschungen von Nachbar:innen unwahrscheinlicher sind.

Die Dichte der Beziehungen des persönlichen Netzwerks unterscheidet sich in Abhängigkeit vom Wohnort und nimmt mit abnehmendem Urbanisierungsgrad zu: Nach Bewohner:innen in Großwohnanlagen weisen Personen in innenstadtnahen Bereichen die geringste Netzwerkdichte auf (Petermann 2001: 35). Dies bedeutet, dass die Alteri – bei gleicher Anzahl der Kontakte – in geringerem Maße miteinander bekannt sind (ebd.). Es ist daher anzunehmen, dass der begrenzte Austausch aufgrund der geringeren Netzwerkdichte das Bemerken des Todeseintritts hinauszögert und gemeinschaftliche Initiativen fraglicher erscheinen.

Gesellschaftliche Ungleichheiten können sich auch räumlich in Gestalt unterschiedlicher Wohnstandorte abbilden (z.B. Farwick 2007: 111; El-Mafaalani/Strohmeier 2015: 18). In städtischen Teilgebieten kann es zu einer Konzentration von sozial benachteiligten (oder auch bevorzugten) Gruppen kommen sowie auch eine Häufung von Personen bestimmter ethnischer Zugehörigkeiten oder Altersgruppen möglich ist. Im ungünstigen Fall kommt eine zusätzliche Benachteiligung der Bewohner:innenschaft durch negative Effekte des Wohnumfelds hinzu (ebd.; *Umweltmedizinischer Informationsdienst* (*UMID*) 2008; Häußermann 2012). Personen mit niedrigem Einkommen sind gezwungen dort zu leben, wo die Mieten erschwinglich sind. Häufig handelt es sich um Gebiete mit geringerer Wohnqualität und höheren Umweltbelastungen durch Lärm, Luftverschmutzung und Hitze, wodurch die Aufenthaltsqualität des öffentlichen Raums erheblich gemindert ist und ein stärkerer Rückzug in den privaten Raum erfolgt (Mielck 2006: 980f. und 2012: 171; *Umweltbundesamt* 2017: 14f.; Stadt Gelsenkirchen 2018: 15).

Umweltbelastungen und damit einhergehende soziale und gesundheitliche Folgeerscheinungen sind sozialräumlich ungleich verteilt. In der Nachkriegszeit betraf die Segregation vor allem die innenstädtischen (Altbau-)Quartiere, welche zunächst eher sozial benachteiligten Personen Wohnraum boten. In den 1960er und 1970er Jahren erfolgten in zahlreichen Städten Flächensanierungen dieser Quartiere. Die Bevölkerung siedelte häufig in die neu entstandenen Großsiedlungen des sozialen Wohnungsbaus um (Farwick 2007: 112; El-Mafaalani/Strohmeier 2015: 20). Ab Mitte der 1970er Jahre und verstärkt in den 1980er Jahren verschlechterte sich die allgemeine wirtschaftliche Situation und Arbeitslosigkeit wie Armut nahmen zu. Dadurch verstärkte sich wiederum die sozialräumliche Konzentration von sozial benachteiligten Gruppen in den eher ›unbeliebten‹ Wohngebieten der innerstädtischen Quartiere und in Großwohnanlagen. Diese Prozesse sozialer und räumlicher Ungleichheit haben sich seitdem weiter verschärft (Farwick 2007: 113; Häußermann 2012; El-Mafaalani/Strohmeier 2015: 20).

Es ist nun – bezogen auf die eigene Untersuchung – zu prüfen, ob die *unentdeckten* Todesfälle vor allem in solchen »sozial benachteiligten« bzw. »benachteiligenden« innerstädtischen Quartieren aufgetreten sind (vgl. Häußermann/Siebel 2004: 159[10]).

Die amtliche Sterbestatistik gibt in Deutschland keine Hinweise auf den sozioökonomischen Status der Verstorbenen, da Bildungsabschlüsse, Einkommen und die zuletzt ausgeübten Berufe nicht (mehr) erfasst werden. Daher ist in dieser Arbeit lediglich eine indirekte Ableitung über die Bestimmung der sozialstrukturellen Bedingungen der (durch die Postleitzahl näher gekennzeichneten) Sterbeorte möglich, um so – zumindest

10 Volkmann (2012: 77ff.) findet im Rahmen ihrer Analyse keine eindeutigen empirischen Belege für negative Quartierseffekte und argumentiert für eine differenzierte Betrachtung.

grob – auf die soziale Lage der Wohnbevölkerung bzw. von Bevölkerungsgruppen schließen zu können. Für die Beurteilung werden soziodemographische und sozialstrukturelle Indikatoren herangezogen, welche auf ethnische, soziale (Armuts-)und/oder demographische Segregationstendenzen weisen können.

Die Verfügbarkeit und Vergleichbarkeit der statistischen Daten bereiten jedoch Schwierigkeiten. In Aachen liegen die Werte einzelner Indikatoren für Postleitzahlen-Bereiche vor, in Gelsenkirchen fehlen solche Statistiken. Dies hat zur Folge, dass in den Übersichten (Tab. 8.5.3 und Tab. 8.5.4) auch auf die Daten kleinerer statistischer Bezirke (z.B. »Marschiertor« für den Postleitzahlen-Bereich »52064« in Aachen) oder mehrerer Stadtteile (z.B. Schalke und Schalke Nord für den Postleitzahlen-Bereich »45881« in Gelsenkirchen), welche sich auf diese Gebiete beziehen, zurückgegriffen werden muss. Zur besseren Einschätzung der Angaben ist der jeweilige gesamtstädtische Vergleichswert des Merkmals angegeben. Aufgrund der erschwerten Komparabilität ist lediglich eine tendenzielle Bestimmung der sozialstrukturellen Bedingungen für die Postleitzahlen-Bezirke mit einem gehäuften Auftreten *unentdeckter* Tode möglich. Davon unabhängig zeigt sich bei statistischen Analysen die grundsätzliche Problematik, dass die in einem statistischen Bezirk vorhandenen kleinräumigen Unterschiede durch die Mittelwerte nivelliert oder verfälscht sein können. Dies bedeutet, dass der tatsächliche nahe Sozialraum eines *unentdeckten* Todes durch die Mittelwerte nicht oder nur ungenügend bestimmt sein kann.

In Aachen finden sich in den Gebieten mit einem gehäuften Auftreten von *unentdeckten* Toden Hinweise auf alle drei genannten Segregationsformen (Tab. 8.5.3). In dem einzigen Bereich mit überdurchschnittlich hoher (Langzeit-)Arbeitslosenquote »52068« (trotz unterschiedlicher Berechnungsgrößen!) ist auch der Anteil der ausländischen Bevölkerung sehr hoch sowie der Anteil der männlichen Bevölkerung[11]. Die Anteile der Jüngeren und der Älteren sind hier nahezu gleich. Der Anteil der Sozialtransfer-Bezieher:innen ist nicht bekannt, aber der sehr niedrige Anteil von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten lässt vermuten, dass es sich um ein Gebiet mit einem hohen Anteil von einkommensarmen Personen handelt. In den anderen statistischen Bezirken mit gehäuftem Auftreten *unentdeckter* Tode leben ebenfalls unterdurchschnittlich wenige sozialversicherungspflichtig beschäftigte Personen – allerdings bei gleichzeitig niedrigeren Arbeitslosenquoten. Dies lässt sich teils durch überdurchschnittlich hohe Anteile von jüngeren bzw. älteren (nicht erwerbstätigen) Personen erklären.

Der Bezirk »52078« weist sowohl die höchsten Anteile von Heranwachsenden als auch von Senior:innen auf. Außerdem ist hier der Anteil der männlichen Bevölkerung weit unterdurchschnittlich. In diesem Gebiet wurde ein hoher Anteil der *unentdeckt* Verstorbenen innerhalb der ersten Woche nach dem Tod aufgefunden. In Übereinstimmung zu den erarbeiteten geschlechtsdifferenzierten Mortalitätsunterschieden handelt es sich vor allem um Frauen.

Die Anteile der Jüngeren und der Älteren sowie das Durchschnittsalter von ca. 36 Jahren sind im Bezirk »52064« am niedrigsten, was auf einen hohen Anteil von Personen im

11 Die Angaben zum Anteil der Personen mit Migrationshintergrund sind weder für die statistischen Bezirke noch für die Postleitzahlen-Bezirke in Aachen verfügbar.

mittleren Alter verweist[12]. Außerdem ist hier der Anteil der Arbeitslosen relativ und der Anteil der Langzeitarbeitslosen überdurchschnittlich hoch. Die Bezirke »52064«/»Marschiertor« und »52068«/»Rothe Erde« weisen sowohl die höchsten Anteile hinsichtlich (Langzeit-)Arbeitslosigkeit als auch männlicher *unentdeckt* Verstorbener (17,6 %) mit einer Liegezeit ≥ 8 Tage auf. Dies kann als ein weiterer Hinweis auf Arbeitslosigkeit der im mittleren Lebensalter *unentdeckt* verstorbenen Personen bzw. der Männer gedeutet werden.

Die Mortalitätsverhältnisse der *unentdeckt* Verstorbenen sind durch eine eklatante männliche Dominanz geprägt. Diese spiegelt sich auch darin, dass in allen Gelsenkirchener Stadtteilen mit einem gehäuften Auftreten *unentdeckter* Tode überdurchschnittlich viele – vermutlich alleinlebende – Männer wohnen, wobei dieser Anteil in Gebieten mit einem gehäuften Auftreten von Todesfällen mit einer Liegezeit ≥ 8 Tage noch höher ist. Auch Arbeitslosigkeit bzw. prekäre Arbeitsverhältnisse, die den Bezug von SGBII-Leistungen bedingen, sind in diesen Stadtteilen überdurchschnittlich häufig vertreten. Dementsprechend liegt der Anteil der SGBII-Bezieher:innen und der Bedarfsgemeinschaften über und der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten unter dem städtischen Mittel. Mit Ausnahme des Stadtteils Ückendorf ist auch der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund überdurchschnittlich hoch[13]. Die Ausländer:innen-Quote ist wiederum in den drei Postleitzahlen-Bezirken mit gehäuftem Auftreten *unentdeckter* Tode mit Liegezeit ≥ 8 Tage – Schalke, Schalke Nord, Bulmke-Hüllen und Ückendorf – deutlich höher als in der Gesamt-Stadt. Das Durchschnittsalter ist in den Stadtteilen Schalke/Schalke Nord (»45881«) und Bulmke-Hüllen (»45888«) niedriger als im städtischen Mittel, was sowohl auf höhere Anteile der Jüngeren als auch auf niedrigere Anteile der Älteren zurückgeführt werden kann (Tab. 8.5.4).

12 Das Durchschnittsalter in Aachen ist 2016 mit ca. 41 Jahren im Vergleich zum nordrhein-westfälischen Mittel in Höhe von ca. 44 Jahren deutlich niedriger (Statistisches Landesamt NRW 2017), was vermutlich auf den hohen Anteil von Studierenden in der Bevölkerung zurückzuführen ist.

13 Der Stadtteil Ückendorf ein stark gespaltener Stadtteil. In Ückendorf-Nord finden sich benachteiligende Bedingungen, in Ückendorf-Süd/Ost überdurchschnittlich positive Bedingungen und in Ückendorf-West durchschnittliche Bedingungen. Die Folgen dieser Differenzen sind in Bezug auf die Teilhabechancen und Entwicklungsbedingungen von Kindern in einem Bericht dokumentiert worden (Stadt Gelsenkirchen 2018: 114).

14 Arbeitslosenquote des Statistischen Landesamts Nordrhein-Westfalen

15 Es handelt sich um den Wert der Bundesagentur für Arbeit (2019), bezogen auf die Bevölkerung zwischen 0 Jahren und der Regelaltersgrenze.

Tab. 8.5.3: Ausgesuchte Indikatoren für die PLZ-Bezirke mit gehäuftem Auftreten unentdeckter Tode/Aachen (Stand: 31.12.2016)

Indikator	52064 Marschiertor	52066 Beverau	52068 Rothe Erde	52070 Haaren	52078 Brand	Aachen Gesamt-Stadt
Wohnberechtigte Bevölkerung (Stand: 31.12.2016)	25.689 7.005	34.374 4.328	17.042 2.597	24.912 12.564	31.303 17.284	254.782
Anteil der männlichen Bevölkerung	53,6 %	51,6 %	54,8 %	53,8 %	48,6 %	52,1 %
Arbeitslosenquote* (Stand: 31.12.2016)	4,6 %	1,1 %	10,9 %	4,1 %	2,8 %	Ø 2016 8,9 %
Langzeitarbeitslose (Stand: 31.12.2016)	2,3 %	0,4 %	6,6 %	2,0 %	1,4 %	2,1 %
PKW-Bestand/Anteil der Bewohner:innenschaft (Stand: 31.12.2016)	26,6 %	32,7 %	26,6 %	32,3 %	35,4 %	26,8 %
Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (Stand: 31.12.2016)	38,3 %	30,9 %	31,3 %	33,7 %	34,9 %	50,5 %
Ausländer-Quote (Stand: 31.12.2016)	17,3 % 20,7 %	14,2 % 6,4 %	33,5 % 28,3 %	22,7 % 16,7 %	8,4 % 8,4 %	17,4 %
%-Anteil der Jüngeren ≤ 17 Jahre (Stand: 31.12.2016)	9 %	13,1 %	15,5 %	13,3 %	18 %	13,8 %
%-Anteil der Älteren ≥ 65 Jahre (Stand: 31.12.2016)	13,0 %	18 %	15,9 %	14 %	21,4 %	17,9 %
Durchschnittsalter (Stand: 31.12.2016)	36,2	44,2	41,2	41,9	44,2	40,6

Quellen: Statistikstelle Stadt Aachen, Stadt Aachen 2018, IT-NRW

* Die Prozentanteile der statistischen Bezirke konnten nur in Relation zur wohnberechtigten und nicht zur erwerbsfähigen Bevölkerung berechnet werden. Dadurch bedingt bestehen Unterschiede zu den gesamtstädtischen Quoten von Arbeitslosigkeit und sozialversicherungsrechtlicher Beschäftigung.

Tab. 8.5.4: Ausgesuchte Indikatoren für die PLZ-Bezirke mit gehäuftem Auftreten unentdeckter Tode/Gelsenkirchen

Indikator	45881 Schalke/ Schalke-Nord	45886 Ückendorf	45888 Bulmke- Hüllen	45899 Beckhausen/ Heßler/Horst	Gelsenkirchen Gesamt-Stadt
Wohnberechtigte Bevölkerung (Stand: 31.12.2016)	21.183 4.755	20.039	24.599	14.393 5.942 20.264	265.435
Bevölkerungsdichte (Stand: 30.06.2015)	6.635 1.032	3.062	5.648	2.297 1.550 2.956	2.477
Anteil der männlichen Bevölkerung (Stand: 30.06.2015)	52,3 % 55,8 %	51,6 %	51 %	50,4 % 50,8 % 50,6 %	50,3 %
Einpersonenhaushalte (Stand: 31.12.2016)	53,2 % 51,8 %	46,2 %	48,8 %	43 % 48,4 % 47,2 %	47,6 %
Arbeitslosenquote* (Stand: 31.12.2016)	9,5 % 9,3 %	6,3 %	9 %	4,9 % 5,2 % 7,0 %	6,2 % [15,2 %[14]]
SGB II-Quote (Stand: 31.12.2016)	8,4 % 8,6 %	5,3 %	7,7 %	3,7 % 4,0 % 5,8 %	5,5 %
SGB II-Bedarfsgemeinschaften und erwerbsfähige Personen (Stand: 31.12.2016)	14,3 % 14,3 %	9,5 %	12,8 %	6,7 % 7,2 % 10,1 %	9,3 % [24,9 %[15]]

Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (Stand: 31.12.2016)	26,9 % 25,2 %	28,5 %	26 %	34,9 % 34,6 % 30,0 %	30,3 %
Ausländer-Quote (Stand: 30.06.2015)	24,6 % 27,3 %	18,6 %	23,3 %	9,7 % 12,0 % 16,3 %	16,4 % [2017: 19,1 %]
Menschen mit Migrationshintergrund (Stand: 31.12.2016)	38,1 % 35,2 %	28 %	37,3 %	21,1 % 20,1 % 28,7 %	31,3 % [2017: 36 %]
%-Anteil der Jüngeren ≤ 18 Jahre (Stand: 31.12.2016)	18,7 % 21,8 %	19,1 %	19 %	15,7 % 14,9 % 17,7 %	
%-Anteil der Älteren ≥ 65 Jahre (Stand: 31.12.2016)	16,6 % 14,8 %	18,9 %	19,1 %	20,3 % 20,3 % 20,0 %	
Durchschnittsalter (Stand: 31.12.2013)	42 42,2	43,4	42,6	45,1 45,4 43,5	44

Quellen: Statistikstelle Stadt Gelsenkirchen, *IT-NRW*, *MKFFI NRW*-2019

* Die Prozentanteile der statistischen Bezirke konnten nur anteilig zur wohnberechtigten und nicht zur erwerbsfähigen Bevölkerung berechnet werden. Dadurch bedingt bestehen Unterschiede zu den gesamtstädtischen Quoten von Arbeitslosigkeit und sozialversicherungsrechtlicher Beschäftigung.

In der Zusammenschau aller verfügbaren Informationen für die Postleitzahlen-Bezirke mit einem erhöhten Auftreten *unentdeckter* Tode und insbesondere für die Gebiete mit einem erhöhten Auftreten von Todesfällen mit einer Liegezeit ≥ 8 Tage, lassen sich sowohl in Aachen als auch in Gelsenkirchen Zusammenhänge mit sozialen, ethnischen und demographischen Segregationstendenzen erkennen. *Unentdeckt* Verstorbene haben mehrheitlich in Sozialräumen mit einem hohen Anteil einkommensschwacher und/oder arbeitsloser Personen und/oder von Personen mit Migrationshintergrund sowie mit einem hohen Anteil der männlichen und/oder der älteren Bevölkerung gelebt. Die sozialstrukturellen und soziodemographischen Bedingungen des Wohnumfelds haben nicht nur die Lebens-, sondern auch die Sterbebedingungen geprägt. Die genannten Faktoren nehmen in direkter Weise Einfluss auf die sozialen Beziehungen der Betroffenen sowie indirekt auf die lokalen sozialen Prozesse insgesamt. Das gehäufte Auftreten *unentdeckter* Tode deutet darauf, dass in diesen Sozialräumen verstärkt Prozesse der sozialen Vereinzelung, Vereinsamung und Isolation auftreten.

Der Zusammenhang zwischen materieller und sozialer Benachteiligung ist empirisch gestützt (Hollstein 2018: 195). Mit einem höheren sozioökonomischen Status multiplizieren sich in der Regel auch die Zugänge zu Bezugsgruppen außerhalb der Nachbar:innenschaft. Umgekehrt haben sozioökonomisch benachteiligte Personen kleinere und dichtere Netzwerke mit einem höheren Anteil an Verwandten und verfügen über geringen emotionalen Rückhalt sowie instrumentelle Unterstützung (Hollstein 2018: 195f.). Für diese Gruppe ist hinsichtlich ihrer sozialen Netzwerke weniger ein Kompensations- als ein Kumulationseffekt auszumachen (ebd.). Die gesellschaftliche Benachteiligung setzt sich auf der Ebene der persönlichen Beziehungen fort. In Folge hat der nahe Sozialraum insbesondere für Menschen mit niedrigerem sozioökonomischen Status und/oder einem Lebensstil, der – freiwillig oder gezwungenermaßen – um die eigene Wohnung herum zentriert ist, meist eine bedeutsame Rolle für die soziale Einbindung (Schnur 2018: 3).

Einkommensarmut beeinflusst die individuellen Teilhabe- und Verwirklichungschancen unmittelbar und kann selbst zu einem Ausgrenzungsrisiko werden (Huster/Boeckh/Mogge-Grotjahn 2012: 26). Mit steigendem Einkommen erweitern sich dagegen auch die Möglichkeiten in anderen Lebenslagedimensionen (insbesondere Wohnen, Bildung, Gesundheit), höherwertige Dienst- und Sachleistungen zu nutzen (Boeckh 2012). In Verschränkung mit weiteren psychosozialen Problematiken wie beispielsweise psychischen Erkrankungen können die Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe durch Einkommensarmut weitergehend beeinträchtigt werden. Die starke bzw. multiple Belastung des Einzelnen kann zu einer Konzentration auf die Bewältigung der eigenen Lebenssituation führen, so dass der Nachbar:innenschaft geringere Aufmerksamkeit und Fürsorge zuteilwird.

Ein geringes Einkommen und Arbeitslosigkeit sind Merkmale des individuellen Sozialstatus und prinzipiell unabhängig vom Wohnort. Wenn allerdings viele Personen mit demselben Sozialstatus an einem räumlich begrenzten Ort zusammenkommen, so können sich die exklusionsförderlichen Risiken dadurch verstärken und mittelbar auch weitere Personen in räumlicher Nachbar:innenschaft betreffen. Es ist beispielsweise denkbar, dass das Angebot an kostenpflichtigen Freizeit- und Begegnungsangeboten infolge der geringen Nachfrage eingeschränkt oder eingestellt wird. Indirekt wird somit durch

die Einkommensarmut einer größeren Bevölkerungsgruppe auch die soziale Teilhabe weiterer, nicht einkommensarmer Personen beschränkt. Ähnliche Entwicklungen können sich in der Versorgungsstruktur ausprägen.

In Stadtteilen, in denen besonders viele Personen über 65 Jahre leben, muss davon ausgegangen werden, dass unter ihnen auch ein relativ hoher Anteil von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist. Insbesondere Mobilitäts-, Kognitions- und Sinnesbeeinträchtigungen können – vor allem in Verbindung mit einem geringen Einkommen – dazu führen, dass die Betroffenen in einen »Sog der Verhäuslichung« (Böhnisch 2013: 126) mit einhergehender Vereinsamung und sozialer Isolation geraten (Luhmann 2019: 22f.), wenn sie in ihrem Nahraum keine sozialen Teilhabemöglichkeiten vorfinden. Alleinlebende, gesundheitlich beeinträchtigte Senior:innen haben zwar ein erhöhtes Risiko zu vereinsamen und zu vereinzeln, sind aber nicht unbedingt gefährdet, *unentdeckt* zu versterben, da in vielen Fällen ein Pflegedienst zur Unterstützung installiert ist. Die Betroffenen selbst können aber aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen, die ihren Bewegungsradius begrenzen und einen sozialräumlichen ›Einschluss‹ forcieren, nur bedingt in der Lage sein, ›Auffälligkeiten‹ in der Nachbar:innenschaft zu erkennen und nachzugehen (vgl. Kapitel 9.3). In einem überwiegend von Männern bewohnten Gebiet ist davon auszugehen, dass die Kontaktdichte und -häufigkeit infolge des geschlechtstypischen sozialen Handelns in stärkerem Maße gemindert ist und hierdurch individuelle Notlagen seltener erkannt und kommuniziert werden.

Einige der Bezirke mit einem gehäuften Auftreten *unentdeckter* Tode weisen einen hohen Anteil von Menschen mit ausländischem bzw. Migrationshintergrund auf[16]. Für diese Gruppe sind häufige intensive, wechselseitige inter- und intragenerationale Beziehungen untereinander belegt (Citlak/Schwegmann 2015: 363). Der enge familiäre Zusammenhalt und das häufigere Vorkommen von Mehrgenerationenhaushalten (*BMFSFJ* 2016: 65f.) können auch erklären, warum der Anteil an den *unentdeckt* Verstorbenen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung deutlich unterrepräsentiert ist. Eine solche »starke Gemeinschaft« kann die Integration in die Gesellschaft erschweren (Petermann 2007: 9), vor allem dann, wenn aufgrund schwacher oder behinderter Verbindungen zwischen der »ethnischen Kolonie« und der »Mehrheitsgesellschaft« keine soziale Mobilität möglich ist (Häußermann 2012: 393). Aber auch das Integrationspotenzial in der ›alteingesessenen‹ Bevölkerung unterscheidet sich (Dangschat/Alisch 2014: 213). Die »Überlagerung der migrantischen und sozio-ökonomischen Segregation« ist in Gebieten mit einem hohen Anteil von Personen mit Migrationshintergrund und mit von Armut geprägter ansässiger deutscher Bevölkerung oft damit verbunden, dass Letztgenannte eine große soziale Distanz zu Erstgenannten entwickeln, selbst wenn diese sich bemühen, Kontakt aufzunehmen (Farwick 2018: 187). Wenn aber Bevölkerungsgruppen mit und ohne Migrationshintergrund trotz räumlicher Nähe soziale Distanz zueinander haben (vgl. Böltken 2000), erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass aufgrund dieses nebeneinanderher Lebens der Todesfall eines Alleinstehenden ohne Migrationshintergrund in einem Mehrfamilienhaus über Monate unbemerkt bleiben kann (Loke 2019: 45).

16 Farwick (2018: 186) hebt hervor, dass insbesondere die sozio-ökonomische Segregation als Hauptursache der Konzentration von Personen mit Migrationshintergrund in bestimmten städtischen Gebieten angesehen werden muss.

Soziale Beziehungen in einer Nachbar:innenschaft sind nicht planbar, aber im Wohnumfeld können räumlich-materielle und sozialinfrastrukturelle Bedingungen geschaffen werden, die Kontaktaufnahmen erleichtern und den Aufbau sozialer Beziehungen potenziell begünstigen (Rohr-Zänker/Müller 1998: VI). Personen mit niedrigem Einkommen, ohne Erwerbsarbeit und mit Migrationshintergrund leben überdurchschnittlich häufig in Gebieten mit geringerer Wohnqualität und höheren Umweltbelastungen (Mielck 2006: 980f. und 2012: 171; *Umweltbundesamt* 2017: 14f.). Es handelt sich um Sozialräume mit minderer Aufenthalts-, Begegnungs-, Freizeit- und Versorgungsqualität sowie (sozialer) Infrastruktur, die in geringe(re)m Maße die Voraussetzungen zur sozialen Kommunikation und Interaktion bieten (Rohr-Zänker/Müller 2018: 56; Loke 2019). Außerdem wird der Aufbau ausgeprägter Nachbar:innenschaftsbeziehungen dadurch erschwert, dass meist auch die Fluktuation in der Wohnbevölkerung hoch ist (Rohr-Zänker/Müller 1998: 33).

Aus dem Vergleich von Geburts- und Sterbeort lässt sich die vermeintliche sozialräumliche Mobilität ableiten. In Aachen entsprechen die Anteile der »lifetime stayers« und der »lifetime movers« in etwa den bundesrepublikanischen Referenzwerten. In Gelsenkirchen finden sich unter den *unentdeckt* Verstorbenen dagegen deutlich mehr ortsfeste Personen als in der Allgemeinbevölkerung. Hieraus lässt sich ableiten, dass eine geringe oder fehlende räumliche Mobilität nicht zwingend mit einer stärkeren lokalen sozialen Einbindung verbunden ist. Der Einbezug der sozialstrukturellen Indikatoren für die Sterbeorte der *unentdeckten* Tode insgesamt und der *unentdeckten* Tode mit einer Liegezeit von ≥ 8 Tage bestätigt Zusammenhänge zwischen einem gehäuften Auftreten *unentdeckter* Tode und einem agglomerierten Auftreten von Arbeitslosigkeit und Einkommensarmut in der Bevölkerung. Die Personengruppe der *unentdeckt* Verstorbenen kann von den exklusionsförderlichen Auswirkungen sowohl direkt als auch indirekt betroffen sein. Wenn im ungünstigen Fall unzureichende individuelle mit unzureichenden sozialräumlichen Ressourcen zusammentreffen, verstärken sich die desintegrierenden Prozesse, Notlagen bleiben unbemerkt, nachbarschaftliche Unterstützung und Fürsorge bleiben aus, und die Einzelnen sind auf die begrenzten Möglichkeiten ihrer persönlichen Netzwerke zurückgeworfen.

Als einen weiteren Hinweis für die Verdichtung sozialer Auflösungsprozesse infolge der Verschränkung individueller und sozialräumlicher Exklusionsprozesse lässt sich anführen, dass bei der händischen Sichtung der Sterbedokumente aufgefallen ist, dass sich *unentdeckte* Todesfälle nicht nur in bestimmten Postleitzahlen-Bezirken, sondern auch in einzelnen Straßen und sogar Wohnhäusern häufen (vgl. Kapitel 9).

8.6 Familienstand – Strukturmerkmal zur Bestimmung der Untergruppen

Die Verteilungen der Familienstände insgesamt und in Korrelation zu Geschlecht, Alter und Liegezeit weisen in den beiden Städten wiederum Übereinstimmungen auf (vgl. Tab. 8.6.1). In den Gesamtgruppen dominieren die Status »ledig« und »verwitwet« mit jeweils einem Anteil von fast einem Drittel vor dem Status »geschieden/getrennt« von maximal einem Viertel und dem Status »verheiratet« von maximal ca. 16 Prozent. Geschlechtsdifferenziert zeigen sich manifeste Unterschiede: *Unentdeckt* verstorbene Män-

ner gehören in der Mehrheit der Gruppe der »Ledigen« und die verstorbenen Frauen der Gruppe der »Verwitweten« an. In den Gruppen der »Verheirateten« und der »Geschiedenen/Getrennten« nähert sich das Geschlechterverhältnis an, und die Anteile der Männer sind gegenüber denen der Frauen nur leicht erhöht. Beim Todesalter finden sich abhängig vom Familienstand Abstufungen: Das Todesalter der »Ledigen« liegt mehrheitlich bei maximal 60 Jahren, das der »Geschiedenen/Getrennten« und der »Verheirateten« bei maximal 70 Jahren und das der »Verwitweten« bei mehr als 70 Jahren.

Tendenziell geht eine geringere Lebensdauer auch mit einer längeren Zeitspanne bis zur Entdeckung des Todes einher: Die Liegezeit beträgt für die Mehrheit der »Verwitweten« und »Verheirateten« maximal eine Woche, für die Mehrheit der »Ledigen« und »Geschiedenen/Getrennten« dagegen mehr als acht Tage.

Der Trend, dass die Status »ledig« und »geschieden/getrennt« eher mit einer höheren Liegezeit verbunden sind, bildet sich auch in den Verteilungen der Teilgruppen ab: Im Vergleich zur Gesamtgruppe haben die Status »verwitwet« und »verheiratet« hier eindeutig geringere und die Status »ledig« sowie »geschieden/getrennt« die höchsten Anteile. Auch wenn in der Gruppe der verstorbenen Frauen der Familienstand »verwitwet« mit einem Anteil von gut einem Viertel (Aachen) bzw. einem Drittel (Gelsenkirchen) bedeutend bleibt, sind in den Teilgruppen die geschlechtsspezifischen Differenzen geringer ausgeprägt. Ein markanter Unterschied im Vergleich zur Gesamtgruppe zeigt sich in dem deutlich größeren Anteil von »ledigen« und »geschiedenen/getrennten« weiblichen Verstorbenen in Höhe von jeweils fast einem Drittel. Außerdem wächst die Dominanz dieser Familienstände in der Gruppe der Männer an: In der Teilgruppe sind mehr als vier Fünftel der *unentdeckt* Verstorbenen entweder »ledig« oder »geschieden/getrennt« (vgl. Tab. 8.6.1).

Tab. 8.6.1: Durchschnittliche gerundete Häufigkeitsverteilung des Familienstands/2006-2016/ Aachen und Gelsenkirchen/Gesamt- und Teilgruppen/Männer und Frauen

	ledig	**geschieden/ getrennt**	**verwitwet**	**verheiratet**
Gesamtgruppe Aachen	30 %	22 %	29 %	16 %
Gesamtgruppe Aachen Männer	37 %	23 %	17 %	17 %
Gesamtgruppe Aachen Frauen	17 %	19 %	49 %	13 %
Gesamtgruppe Gelsenkirchen	29 %	25 %	31 %	14 %
Gesamtgruppe Gelsenkirchen Männer	36 %	28 %	19 %	16 %
Gesamtgruppe Gelsenkirchen Frauen	17 %	18 %	54 %	10 %

Teilgruppe Aachen	42 %	28 %	13 %	10 %
Teilgruppe Aachen Männer	47 %	28 %	7 %	11 %
Teilgruppe Aachen Frauen	32 %	29 %	26 %	8 %
Teilgruppe Gelsenkirchen	45 %	33 %	15 %	6 %
Teilgruppe Gelsenkirchen Männer	50 %	33 %	8 %	7 %
Teilgruppe Gelsenkirchen Frauen	28 %	30 %	37 %	6 %

Fehlende Angaben und einzelne Nennungen der ›Eingetragenen Lebenspartnergemeinschaft‹ sind nicht gesondert ausgewiesen. Daher summieren sich die Werte nicht auf 100 Prozent.

Wenn auch das Alter der Verstorbenen in die Betrachtung einbezogen wird, so dominiert bei den Männern in allen Altersklassen der Status »ledig«. In der Gruppe der Frauen wechseln die jeweils dominierenden Familienstände mit steigendem Todesalter von »ledig« (im niedrigen Todesalter) über »geschieden/getrennt« (im mittleren Todesalter) bis »verwitwet« bei den im höheren und hohen Todesalter verstorbenen Personen. In den alters- und geschlechtsdifferenzierten Anteilen der Familienstände spiegelt sich der gesellschaftliche Wandel. Auch wenn die Mehrheit der Bevölkerung weiterhin nach konventionellen Mustern lebt, gibt es einen Rückgang traditionaler und eine Zunahme moderner Lebens- und Beziehungsformen (Peuckert 2019: 11ff.). Eheschließungen werden seltener und erst im späteren Alter geschlossen, und immer häufiger – auch nach längerer Ehedauer – geschieden (ebd.; *BPB* 2018a)[17]. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen, in Verbindung mit einem anhaltenden Trend zum Alleinleben, ist prognostisch davon auszugehen, dass zukünftig in der Gruppe der *unentdeckt* Verstorbenen die Häufigkeiten der Familienstände »verheiratet« und »verwitwet« abnehmen und die Häufigkeit der Status »ledig« und »geschieden/getrennt« zunehmen werden. Unter der Voraussetzung, dass sich die geschlechtsspezifischen Häufigkeitsverteilungen – von etwa einem Drittel weiblicher zu zwei Dritteln männlicher Verstorbener – fortsetzen, würde hierdurch die Anzahl der *unentdeckten* Todesfälle mit einer Liegezeit ≤ 7 Tage – vor allem von weiblichen Verstorbenen – wie auch der Anteil der Tode mit Liegezeiten ≥ 8 Tage – vor allem von männlichen Verstorbenen – weiter ansteigen. Da im Alter das Vorhandensein einer Partner:innenschaft und von Nachkommen die wichtigsten Determinanten informeller Unterstützung darstellen (Diewald 1991; Künemund/Hollstein 2000), werden diese Effekte voraussichtlich durch die zunehmende Kinderlosigkeit verstärkt: In den 1930er Kohorten lag die Kinderlosigkeit bei rund elf Prozent, bei den Frauen der Jahrgänge 1968 bis 1972 ist sie mit 22 Prozent doppelt so hoch (Bujard 2015: 270).

Infolge der soziodemographischen Veränderungen der letzten Jahrzehnte wohnen immer mehr Personen allein, wobei Frauen eindeutig überwiegen: Im Jahr 2019 hatten

17 Der tatsächliche Anteil an Scheidungen für einen einzelnen Eheschließungsjahrgang kann erst nach einer sehr langen Zeitspanne bestimmt werden (Destatis 2018b). Im Jahr 2017 waren beispielsweise ca. 40 Prozent aller im Jahr 1992 geschlossenen Ehen geschieden (ebd.).

die Einpersonen-Haushalte einen Anteil von gut 42 Prozent am Gesamt aller Haushalte, und die Alleinlebenden waren zu etwa einem Drittel Männer und zu zwei Dritteln Frauen (*Destatis* 2020b: 37). Es handelt sich um eine heterogene Gruppe: Das Alleinleben kann selbstgewählt oder unfreiwillig sein sowie sich auch die Dauer und die Bewältigungsstrategien erheblich unterscheiden können (Bujard 2015: 270). Die Gruppe der *unentdeckt* Verstorbenen spiegelt diese Diversität mutmaßlich wider. Einzelne, die wenige Tage nach Todeseintritt aufgefunden wurden, haben mit anderen in einem gemeinsamen Haushalt gelebt oder eine Partner:innenschaft im »Living Apart Together«-Modell geführt. Das unbegleitete Sterben und der zunächst unbemerkte Tod sind vor allem auf ›unglückliche‹ Umstände infolge der kurzfristigen Abwesenheit der Partner:innen zurückzuführen. Wenn jedoch »verheiratete« Personen erst nach Wochen oder Monaten aufgefunden werden, bestätigt dies nicht nur, dass die amtliche Angabe des Familienstands nicht mehr den realen Lebensverhältnissen entspricht, sondern auch die mangelnde soziale Einbindung.

Allein zu leben korreliert mit einem höheren Risiko der späte(re)n Entdeckung des Todes – vor allem für »ledige« und »geschiedene/getrennte« Personen. Dass die meisten verwitweten Personen zwar allein versterben, meist aber nicht lange *unentdeckt* bleiben, kann sowohl auf soziale als auch auf instrumentelle Unterstützung zurückgeführt werden. So ist der altersbedingte höhere Unterstützungsbedarf häufig mit regelmäßigen Kontakten etwa durch ambulante Pflegedienste und/oder Angehörige, meist die direkten Nachkommen, verbunden. Die eigene Untersuchung zeigt, dass gerade die älteren und alten »verwitweten« Personen Kinder hatten (vgl. Abschnitt 8.7) und stützt somit die Annahme, dass deren Tod häufiger durch diese bemerkt wurde.

Der Familienstand spiegelt zumindest tendenziell den Grad der sozialen Einbindung wie auch die sozialen Vorlieben – vor allem in engen Beziehungen – wider. Für Personen mit den Status »verwitwet«, »geschieden« und »verheiratet« wird unterstellt, dass das Bedürfnis nach einer Partner:innenschaft – zumindest zum Zeitpunkt der Eheschließung – vorhanden war[18]. Für »ledige« Personen besteht zudem die Möglichkeit, dass die Betroffenen das Bedürfnis nach enger Bindung in geringerem Maße verspürten, bzw. dass es ihnen – zumindest auf Dauer – nicht gelungen ist, derartige Verbindungen aufzubauen, oder aber, dass Beziehungen ohne Eheschließung eingegangen wurden. Der Status »ledig« kann auch darauf verweisen, dass es sich um Personen handelt, die für potentielle Partner:innen eine geringere Attraktivität aufwiesen.

Abhängig vom Familienstatus lassen sich in der Gruppe der *unentdeckt* Verstorbenen vier Untergruppen mit differierender Geschlechtszugehörigkeit, Lebensdauer und Liegezeit bestimmen: Die größten Gruppen sind mit einem Anteil von jeweils ca. 30 Prozent die »verwitweten« (N=1.043) und die »ledigen« (N=1.021) Personen. Die »ledigen« Personen sind meist männlichen Geschlechts, versterben im mittleren Alter von maximal 60 Jahren und werden überdurchschnittlich häufig nach einer Liegezeit von mehr als acht Tagen entdeckt. Die »verwitweten« Personen sind dagegen meist weiblichen Geschlechts, erreichen durchschnittlich eine höhere Lebensdauer von mindestens 70 Jahren und werden mehrheitlich nach einer Liegezeit von weniger als sieben Tagen aufge-

18 Damit soll nicht unterstellt werden, dass sich dieses Bedürfnis allein durch eine amtlich beurkundete Eheschließung ausdrückt.

funden. Dann folgen mit einem Anteil von fast einem Viertel die »geschiedenen/getrennten« Personen beiderlei Geschlechts (N=805), die meist ein Lebensalter von weniger als 70 Jahren haben und ebenfalls überdurchschnittlich häufig nach längerer Liegezeit entdeckt werden. Die »verheirateten« Personen (N=498) sind mit einem Prozentanteil von ca. 15 Prozent in der Minderheit, gehören ebenfalls beiden Geschlechtern an und erreichen mehrheitlich eine maximale Lebensdauer von 80 Jahren. Ihr Tod wird meist innerhalb der ersten sieben Tage bemerkt.

Der Familienstand beeinflusst den Umfang familiärer und außerfamiliärer Netzwerke. Der niedrige Anteil von »verheirateten« Personen zeigt, dass diejenigen, deren Lebenslauf dem traditionellen Familienzyklus folgt, durchschnittlich in geringerem Umfang von einem *unentdeckten* Tod und von Liegezeiten von mehr als acht Tagen betroffen sind. Das erhöhte Risiko für »Ledige«, »Verwitwete« und »Geschiedene/Getrennte« lässt sich durch die geringere Anzahl der Sozialkontakte und Unterstützungsbeziehungen begründen – insbesondere dann, wenn keine eigenen Nachkommen vorhanden sind oder die intergenerationalen Beziehungen nicht gepflegt wurden.

8.7 Nachkommen – Ambivalenz der intergenerationalen Beziehungen

Empirische Untersuchungen unterstreichen mehrheitlich, dass die eigenen Kinder – insbesondere mit steigendem Lebensalter – die wichtigsten Bezugs- und Unterstützungspersonen darstellen (Diewald 1991; Due et al., 1999, zit.n. Eller 2006: 15; Runge 2007: 80; Hollstein 2013: 750), und dass sich ein »Überlebensvorteil« im Vergleich zu kinderlosen Personen zeigt (Onnen/Stein-Redent 2017: 78).

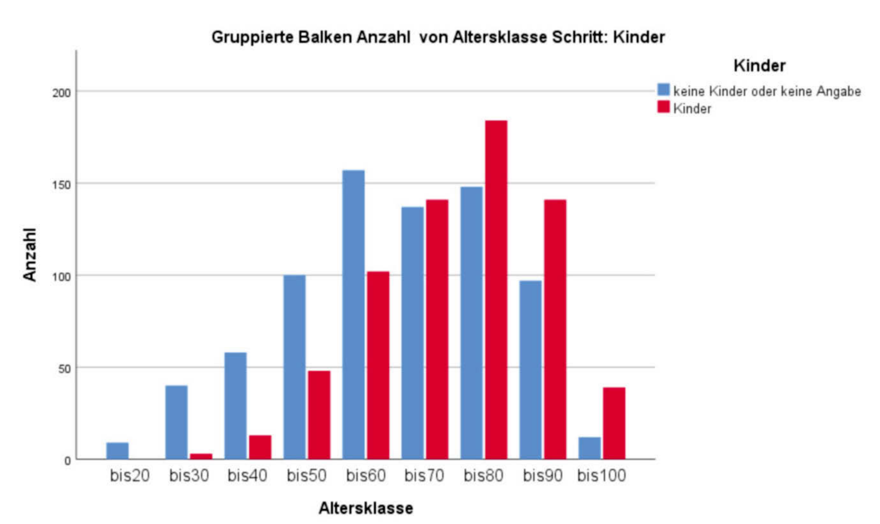
Die Kinderlosenquote wird in den meisten Studien lediglich für Frauen und nicht für Männer berechnet (Bujard et al. 2015: 345). Für den Geburtsjahrgang 1940 sind Anteile kinderloser Frauen von 10,6 bzw. 12,8 Prozent und für die Geburtsjahre 1950 bis 1969 ein durchschnittlicher Wert von 17,7 Prozent ermittelt (ebd., 347).

In der eigenen Untersuchung sind in der Aachener Gesamtgruppe ca. 40 Prozent der Frauen (N=211) und ca. 60 Prozent der Männer (N=547) ohne Nachkommen. Diese hohen Prozentanteile liegen deutlich über den Referenzwerten. Die ausgeprägte Kinderlosigkeit der vor allem männlichen (ledigen) *unentdeckt* Verstorbenen verdeutlicht, dass in Relation zur Allgemeinbevölkerung mehr Personen ohne eigene Nachkommen sind und hierdurch sowohl das unbegleitete Sterben als auch der *unentdeckte* Tod (mit)begründet sein können. Personen ohne Kinder haben auch keine direkten Nachkommen in der (Ur-)Enkel-Generation und können somit auf weniger potenzielle familiäre Unterstützungsbeziehungen zurückgreifen.

In Gelsenkirchen gibt es einen hohen Anteil fehlender Daten zu den Nachkommen. Konkrete Zahlen bleiben daher unerwähnt, und es werden lediglich die Verteilungstendenzen beschrieben: Die verstorbenen Männer haben hier ebenfalls seltener Kinder als die verstorbenen Frauen. Die höchsten Kinderanteile finden sich in der Gruppe der »Verwitweten«, gefolgt von den »Verheirateten« und den »Geschiedenen/Getrennten«. Es zeigt sich außerdem, dass mit steigendem Lebensalter öfter Kinder vorhanden sind. In Abhängigkeit von der Liegezeit gibt es zudem die Tendenz, dass Personen, die innerhalb der ersten Woche aufgefunden werden, häufiger Nachkommen hatten.

Die Ergebnisse aus Aachen bestätigen diese Entwicklungstrends auf breiter empirischer Basis. In der Gesamtgruppe haben ca. 47 Prozent (N=672) der Verstorbenen Nachkommen, in der Teilgruppe nur ca. 35 Prozent (N=93). Die verstorbenen Männer hatten seltener als die verstorbenen Frauen Kinder. Der Anteil der Frauen mit Kindern ist in der Gesamtgruppe ungefähr 20 und in der Teilgruppe ca. 15 Prozent höher als der entsprechende Anteil der Männer. Kinderlosigkeit steht auch in einem Zusammenhang mit der Liegezeit: Personen ohne Kinder werden später entdeckt. Kinderlosigkeit tritt vor allem bei den im jüngeren und mittleren Lebensalter Verstorbenen auf; Personen mit Kindern sterben eher im höheren und hohen Lebensalter, so dass durch die Daten auch bestätigt wird, dass der Fakt, Kinder zu haben, vorteilhaft auf die Sterblichkeit wirkt (vgl. Onnen/Stein-Redent 2017: 78). Im höheren und hohen Lebensalter überwiegen die verstorbenen Frauen mit Nachkommen. Deren mutmaßlich stärkere soziale Unterstützung drückt sich durch niedrigere Liegezeiten aus. Das Risiko eines *unentdeckten* Todes im Allgemeinen und einer höheren Liegezeit im Besonderen wird durch Kinderlosigkeit verstärkt (vgl. Abb. 8.7.1). Die Ursächlichkeit kann nicht eindeutig belegt werden, aber anhand der dargelegten Kausalkette plausibilisiert werden.

Abb. 8.7.1: Altersklasse und Kinder/Unentdeckt Verstorbene Aachen/2006-2016



Den höchsten Kinderanteil von ca. 70 Prozent weisen die »verheirateten« und »verwitweten« Personen der Gesamtgruppe auf. Geschlechtsdifferenziert betrachtet haben in der Gruppe der Männer die »Geschiedenen/Getrennten« und in der Gruppe der Frauen die »Verwitweten« vergleichsweise die höchsten Kinderanteile. In der Teilgruppe haben zwar ein Drittel der »verwitweten« Frauen Kinder, aber insgesamt wie auch für beide Geschlechter differenziert betrachtet sind es hier vor allem »geschiedene/getrennte« Personen, die Nachkommen aufweisen (Tab. 8.7.1).

Tab. 8.7.1: Gerundete Prozentanteile der Personen mit Kindern in Abhängigkeit vom Familienstand/Männer und Frauen/Gesamt- und Teilgruppe/Aachen/2006-2016

Familienstand	Männer N=182	Frauen N=85	Teilgruppe N=267	Männer N=903	Frauen N=528	Gesamtgruppe N=1.431
Ledig N=429	7 %	10 %	9 %	3 %	4 %	4 %
Verheiratet N=222	25 %	13 %	20 %	31 %	16 %	24 %
Geschieden/ getrennt N=309	54 %	44 %	50 %	34 %	23 %	29 %
Verwitwet N=411	14 %	34 %	22 %	31 %	57 %	43 %

Dies bedeutet, dass die »geschiedenen/getrennten« Personen der Teilgruppe trotz Nachkommen unbegleitet und längere Zeit unbemerkt versterben. Anders als die »verwitweten«, »geschiedenen/getrennten« und »verheirateten« Personen der Gesamtgruppe sind sie durch das Vorhandensein von Nachkommen nicht vor einer höheren Liegezeit geschützt. Dies zeigt, dass sich die Quantität (z.B. Kontakthäufigkeit) und Qualität der intergenerationalen Eltern-Kind-Beziehungen zwischen »verwitweten« und »geschiedenen/getrennten« Personen tendenziell unterscheidet. »Verwitwete« Personen sind in stärkerem Maße durch das Vorhandensein von Kindern abgesichert als »geschiedene/getrennte« Personen. Innerhalb der Gruppe der »geschiedenen/getrennten« Personen mit Nachkommen gibt es etwa ein Viertel, welches trotz Nachkommen erst nach einer Liegezeit von mehr als einer Woche aufgefunden wird.

Die Ambivalenzen in den familiären Generationenbeziehungen lassen sich auf geschlechts- und altersspezifische Besonderheiten der Beziehungsgestaltung und vermutlich auch auf weniger intensive oder belastete Eltern-Kind-Beziehungen – vor allem in der Gruppe der »geschiedenen/getrennten« Personen – zurückführen. Frauen haben im Vergleich zu Männern meist engere Generationenbeziehungen (BMFSFJ 2006: 153). Die engsten intergenerationalen Verhältnisse bestehen zwischen Müttern und Töchtern, die flüchtigsten zwischen Söhnen und Vätern (ebd.). Allerdings wirken frühere belastende Familienereignisse wie die Scheidung der Eltern auf die Generationenbeziehungen. Wenn minderjährige Kinder bei einer alleinerziehenden Mutter aufgewachsen sind, ist das Verhältnis zum Vater auch im Erwachsenenalter oberflächlicher (ebd.: 139f.). Finanzielle Probleme, die Verschlechterung des Lebensstandards und Arbeitslosigkeit können sich ebenfalls in flüchtigeren Generationenbeziehungen im späteren Lebensverlauf niederschlagen (ebd.: 140). Auch die Wohnentfernung beeinflusst die Beziehungsintensität (ebd.: 138): Mit der räumlichen Distanz sinkt nicht nur die faktische Möglichkeit persönlicher Unterstützung, sondern auch die emotionale Qualität der Beziehung. Die allermeisten Familienbeziehungen sind jedoch nicht durch weite räumliche Distanzen ge-

kennzeichnet, und dies gilt insbesondere für Personen mit einem niedrigeren Bildungsniveau (ebd.).

Aus den differierenden Liegezeiten lassen sich geschlechtsspezifische Tendenzen der intergenerationalen Beziehungen in Abhängigkeit vom Familienstand ableiten: Vor allem »verwitwete« Frauen erhalten häufiger als Männer emotionale und/oder instrumentelle Unterstützung durch die Nachkommen. Die Unterstützung verhindert, dass der Todeseintritt länger unbemerkt bleibt. »Geschiedene/getrennte« Personen – und hier vor allem Männer – pflegen seltener regelmäßige intergenerationelle Kontakte. Dasselbe gilt auch für die »verheirateten« Personen der Teilgruppe. Die schwachen sozialen Bezüge zu den eigenen Nachkommen begünstigen eine spät(er)e Auffindung. Für die Gruppe der »geschiedenen« und »getrennt« lebenden Personen sind vielfach Zusammenhänge mit einem niedrige(re)n Sozialstatus und problematischen Lebensverhältnissen anzunehmen.

8.8 Todesart – ein überdurchschnittlich hoher Anteil an Suiziden

Im Jahr 2017 verstarben in Deutschland 932.272 Personen, darunter fast zwei Prozent mehr Frauen als Männer (*Destatis* 2019c). Fast 96 Prozent aller Todesfälle wurden auf eine »natürliche« Todesursache – vor allem Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen – und gut vier Prozent auf eine »nicht-natürliche« Todesursache – wie beispielsweise Verletzung, Vergiftung, Sturz oder Suizid – zurückgeführt.

Der Anteil der Suizide an allen Sterbefällen betrug weniger als ein Prozent (9.241 Personen). Rund drei Viertel derjenigen, die ihr Leben selbst beendeten, waren Männer. Die Suizid(versuchs)rate ist einerseits im Alter von 15 bis 35 Jahren erhöht und nimmt andererseits mit steigendem Alter zu (Bronisch 2014: 11). Als Risikofaktoren für Suizide und Suizidversuche gelten: Das Geschlecht, ein Alter von mehr als 50 Jahren, der Familienstand »geschieden/getrennt« (gefolgt von »verwitwet« und »ledig«), Arbeitslosigkeit, Armut, niedriger Bildungsstatus, psychiatrische Erkrankungen (Schizophrenie, Depression, Sucht- und Persönlichkeitsstörungen) sowie psychosoziale Probleme wie Beziehungsabbruch oder -verlust und Gesundheitsprobleme (Schmidtke/Sell/Löhr 2008: 12; Bronisch 2014: 27ff. und 52ff.). Die deutliche Mehrheit der Suizide und Suizidversuche ist durch die Unzufriedenheit mit den eigenen Sozialkontakten – vor allem zwischen Eltern und Kindern oder in der Partner:innenschaft – begründet (Bronisch 2014: 129).

Expert:innen gehen von einer hohen Dunkelziffer unerkannter Suizide aus – insbesondere unter den Älteren (vgl. Kapitel 3.3 und 5.4.5; de Vries o.J.: 7; Madea/Dettmeyer 2003: A3177f.; Schmidtke/Sell/Löhr 2008: 4f.; Erlemeier/Wedler 2017). Für die Gruppe der *unentdeckt* Verstorbenen ist aufgrund der besonderen Todesumstände eine über dieses geschätzte Maß hinausgehende Anzahl unerkannter nicht-natürlicher Tode – und darunter auch Suizide – anzunehmen. In vielen Fällen mit hoher Liegezeit ist – trotz der fortgeschrittenen Leichenerscheinungen – nicht eine »ungeklärte« sondern eine »natürliche« Todesursache festgestellt worden. Die untersuchenden Ärzt:innen wie auch die unterstützenden Polizist:innen lassen sich bei ihren Einschätzungen anscheinend in starkem Maße von der Auffindungssituation beeinflussen. Erlemeier und Wedler (2017) gehen aufgrund der Erfassungs-Problematik von einer Dunkelziffer zusätzlicher Suizi-

de in Höhe von mindestens zehn Prozent auf die bekannten jährlichen Fälle aus. Madea und Dettmeyer (2003: A3178) schätzen den Anteil der Fehlklassifikationen der Todesart insgesamt auf 20 Prozent und begründen dies vor allem mit Kompetenzdefiziten bei der äußeren Leichenschau durch niedergelassene Mediziner:innen. Eine Analyse von 10.000 Sterbefällen (Zack et al. 2019) bestätigt, dass fast 13 Prozent der Dokumente fehlerhafte Angaben zur Todesursache enthielten. Die Obduktion als ›Goldstandard‹ wird nur bei direkten Hinweisen anberaumt; die Sektionsrate in Deutschland liegt bei weniger als zwei Prozent aller Todesfälle (Götz 2019: 42; Riepert/Urban 2008).

Die Daten zur Todesart sind in der eigenen Erhebung verschiedenen Dokumenten entnommen, die zwar alle den Zweck der Todesbescheinigung verfolgen, hierzu aber unterschiedliche Zuordnungen verwenden[19]. Die damit verbundenen Unschärfen betreffen vor allem die »natürlichen« und die »ungeklärten« Todesfälle (vgl. Tab. 8.8.1 und 8.8.2). In der Interpretation werden daher nur die Ergebnisse zu »Suiziden« und anderen »nicht-natürlichen« Todesarten berücksichtigt. In Summe liegen diese Anteile in der Gesamt- und Teilgruppe von Aachen mit 17,8 und 14,6 Prozent ungefähr doppelt so hoch wie in den Gelsenkirchener Gruppen mit Anteilen von 7,9 und 8,6 Prozent. Der Vergleich von Gesamt- und Teilgruppen zeigt in den beiden Kommunen entgegengesetzte Entwicklungen: In der Aachener Teilgruppe finden sich im Vergleich zur Gesamtgruppe weniger, in Gelsenkirchen dagegen mehr »Suizide« und andere »nicht-natürliche« Todesursachen. Mit Ausnahme der Aachener Teilgruppe überwiegt der Anteil der Suizide von männlichen gegenüber den weiblichen Verstorbenen mit mindestens einem Drittel. Bei »natürlichen«, »ungeklärten« und »nicht-natürlichen« Todesarten sind dagegen kaum Geschlechtsunterschiede zu beobachten.

19 Die Differenzen zwischen den beiden Städten hinsichtlich der Verteilung der Todesarten sind vor allem auf Unterschiede hinsichtlich der verfügbaren Datenquellen respektive ihrer Klassifizierungen zurückzuführen. In Aachen gab es einen hohen Anteil als »ungeklärt« klassifizierter Todesfälle, die keinerlei Anzeichen für einen »nicht-natürlichen« Tod aufwiesen. In Gelsenkirchen dagegen sind viele »ungeklärte« Tode, bei denen keinerlei Anzeichen für einen »nicht-natürlichen« Tod gefunden wurden, als »natürliche« und eben nicht »ungeklärte« Todesfälle erfasst. Außerdem sind vermutlich auch unterschiedliche Handhabungen in der Anberaumung rechtsmedizinischer Untersuchungen ursächlich. Der Anteil der durch Obduktionen festgestellten Todesursachen wird nach der Inaugenscheinnahme der Dokumente in Aachen höher als in Gelsenkirchen eingeschätzt. Dieser Eindruck bestätigt sich auch durch den höheren Anteil an Suiziden, deren Feststellung immer eine rechtsmedizinische Untersuchung voraussetzt. Aufgrund der Differenzen ist die Vergleichbarkeit der beiden Datensätze hinsichtlich der Todesart zumindest stark beeinträchtigt.

Tab. 8.8.1: Gerundete Häufigkeitsverteilung der Todesart/Gesamt- und Teilgruppe/Männer und Frauen/Aachen 2006–2016

Todesart	**Teilgruppe Männer**	**Teilgruppe Frauen**	**Teilgruppe (gesamt)**	**Gesamt-gruppe Männer**	**Gesamt-gruppe Frauen**	**Gesamt-gruppe**
Keine Angabe	26 %	24 %	25 %	24 %	26 %	24 %
Natürlich	8 %	8 %	8 %	24 %	34 %	28 %
Ungeklärt	54 %	50 %	52 %	33 %	26 %	30 %
Nicht-natürlich	7 %	9 %	8 %	10 %	10 %	10 %
Suizid	6 %	9 %	7 %	10 %	5 %	8 %

Tab. 8.8.2: Gerundete Häufigkeitsverteilung der Todesart/Gesamt- und Teilgruppe/Männer und Frauen/Gelsenkirchen 2006–2016

Todesart	**Teilgruppe Männer**	**Teilgruppe Frauen**	**Teilgruppe (gesamt)**	**Gesamt-gruppe Männer**	**Gesamt-gruppe Frauen**	**Gesamt-gruppe**
Keine Angabe	7 %	8 %	8 %	7 %	6 %	7 %
Natürlich	79 %	82 %	80 %	81 %	84 %	82 %
Ungeklärt	4 %	5 %	4 %	3 %	3 %	3 %
Nicht-natürlich	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %
Suizid	7 %	3 %	6 %	7 %	4 %	6 %

Im Vergleich zu den deutschen Referenzwerten für »nicht-natürliche« Todesarten (4,3 %) und für »Suizid« (<1 %), zeigt sich für die Todesart »Suizid« in der Gruppe der *unentdeckt* Verstorbenen ein bis zu 10-mal höheres Auftreten als in der Allgemeinbevölkerung. Die Suizidrate der *unentdeckt* verstorbenen Frauen liegt deutlich über den Referenzdaten und macht in der Gruppe der *unentdeckt* Verstorbenen in geschlechtsdifferenzierter Perspektive mehr als ein Viertel aller Suizide aus. In Aachen geht diese Entwicklung auch mit erhöhten Anteilen der »nicht-natürlichen« Todesarten insgesamt einher, in Gelsenkirchen liegen diese Maße dagegen unter dem nationalen Durchschnittswert.

Trotz der grundsätzlichen Erfassungsproblematik und der damit einhergehenden hohen Dunkelziffer belegt die eigene Untersuchung eindeutig, dass in der Gruppe der *unentdeckt* Verstorbenen die Todesart Suizid überdurchschnittlich häufig vorkommt – und dass dies außergewöhnlich oft für die verstorbenen Frauen gilt. Menschen, die ihr

Leben durch Suizid beenden, werden überdurchschnittlich häufig erst nach einer längeren Zeitspanne aufgefunden. Wenn in diesen Fällen mehrheitlich die häufigste Ursache für Suizide – nämlich Beziehungsprobleme bzw. -defizite – unterstellt wird, so kann hieraus geschlossen werden, dass das *unentdeckte* Versterben oft in einem Zusammenhang mit subjektiv empfundenen Gefühlen des sozialen Mangels und der Einsamkeit steht. Über den Hinweis auf einen Suizid lässt sich ein Leidensdruck der Verstorbenen zu Lebzeiten herleiten und plausibilisieren, dass dem *unentdeckten* Tod ein *einsames* Leben und Sterben mit verminderter Lebensqualität und reduziertem Wohlbefinden vorausgegangen sind.

Die soziologische Suizidtheorie von Émile Durkheim (1897/1999) hat diese subjektiven Faktoren nicht geleugnet, aber bewusst die extrapersonalen Faktoren, welche für Suizidhäufungen ursächlich sind, zum Gegenstand der Untersuchung gemacht. Für seine empirische Studie wertete Durkheim die Todesursachen-Statistiken verschiedener europäischer Länder aus und entwickelte aus den Ergebnissen eine Theorie für das Phänomen suizidaler Handlungen. Durkheims Untersuchung stellte die wesentliche Grundlage für weitergehende Suizidforschungen (z.B. Halbwachs 1930; Henry/Short 1954; Gibbs/Martin 1964; Holderegger 1979) dar und gilt in den Grundzügen noch heute und vermag einer rein psychologischen oder psychopathologischen Sichtweise durch die gesellschafts- oder kulturtheoretische Analyse Wesentliches hinzuzufügen (Delitz 2018: 90).

Durkheim unterscheidet drei Grundtypen des Suizids mit differenten sozialen Ursachen: 1. Der »egoistische Selbstmord« deutet auf ein gering ausgeprägtes Gemeinschaftsbewusstsein und eine schwache Bindung an diese in Verbindung mit Folgen wie Vereinsamung, Isolierung und Entfremdung. Die Gefahr des Suizids bezieht sich damit vor allem auf Personen, die allein leben, sich einsam fühlen und soziale Kontaktschwierigkeiten haben. (vgl. Bohn 2006: 167). Personen, denen der Rückhalt einer sozialen Gruppe fehlt, die mit anderen nur durch ein schwaches soziales Band verbunden sind, neigen in stärkerem Maße zu einem Suizid. 2. Im »altruistischen Selbstmord« drückt sich dagegen eine zu große Abhängigkeit des Einzelnen von der Gesellschaft und ein schwach ausgeprägter Individualismus aus. Durkheim nimmt hier Bezug auf sogenannte primitive Gesellschaften, in denen durch religiöse oder mythische Überzeugungen motivierte Selbsttötungen im Dienst der Gemeinschaft vollzogen werden. 3. Beim »anomischen Selbstmord« haben die Betroffenen den Eindruck, dass ihnen von der Gesellschaft keine regulative Kraft entgegenwirkt. Die gesellschaftlichen Normen geben keine Orientierung. In diesem Zustand der erlebten Anomie entsteht für den Einzelnen – relativ unabhängig von der Stabilität bzw. Instabilität der Gesamtgesellschaft – ein »moralisches Vakuum« (Negt 1980: 144f.), welches die Suizidneigung befördert.

Durkheim hat in seiner Studie den Zusammenhang von sozialen Institutionen und Suizidraten untersucht und als maßgebliche Faktoren soziale Integration und Desintegration, Zwänge und Einengungen oder das Fehlen allgemeinverbindlicher Ziele, Werte und Normen herausgearbeitet. Durkheim hat verdeutlicht, dass sich infolge des Zusammenspiels der Individuen im Sozialen neue kollektive Tendenzen und Denkweisen entwickeln. Die Gründe für den Suizid sind sehr verschieden sowie oft auch konträr, und dennoch unterstreicht Durkheim, dass sie stets auch gesellschaftlicher Natur sind. Menschen, die sozial nicht ›gut‹ eingebettet sind, töten sich selbst häufiger. Jeder Mensch, der

sich suizidiert, hat seine Gründe, welche jedoch unter bestimmten sozialen Umständen besonders häufig auftreten.

Suizide waren und sind ein gesellschaftliches Thema. Die eigenen Daten ermöglichen keine direkte, sondern lediglich eine theoretisch abgeleitete Ursachenklärung für die Suizide in der Gruppe *unentdeckter* Tode. In der Interpretation dieses sozialen Phänomens kommt der sozialen Einbindung die zentrale Bedeutung für das Auftreten unbegleiteten Sterbens und unbemerkten Todeseintritts zu. Im eigenen Modell werden als interdependente Ebenen der Einflussnahme die individuelle, die sozialräumliche und die gesellschaftliche Ebene unterschieden (vgl. Kapitel 10).

8.9 Religionszugehörigkeit – eine ›unsichere‹ soziale Ressource

Der Eintrag der Religionszugehörigkeit in den Sterbedokumenten bezieht sich auf die formale Kirchenmitgliedschaft, welche weder mit subjektiver Religiosität noch mit einer aktiven religiösen Praxis einhergehen muss. Zwar ist es empirisch belegt, dass beispielsweise der regelmäßige Gottesdienstbesuch für alle Religionen mit einem größeren Freund:innenschaftsnetzwerk und häufigerem Sozialkontakten mit befreundeten und benachbarten Personen einhergeht (Traunmüller 2008: 1), allerdings sind solche Rückschlüsse auf die sozialintegrative Kraft bzw. die Bedeutung der Religionszugehörigkeit als soziale Ressource der *unentdeckt* Verstorbenen aufgrund der benannten Limitationen problematisch. Erschwerend kommt hinzu, dass in den Sterbedokumenten Personen ohne Religionszugehörigkeit und Personen, die der Angabe der Religionszugehörigkeit widersprochen haben, in einer gemeinsamen Kategorie zusammengefasst werden. In Aachen sind ca. 20 Prozent, in Gelsenkirchen fast die Hälfte aller Todesfälle hierunter einzuordnen.

Um das eigene Datenmaterial auf Plausibilität zu überprüfen, werden nachfolgend die Referenzdaten zur religiösen Zugehörigkeit in beiden Städten hinzugezogen. Im Jahr 2016 gehörten in Aachen und Gelsenkirchen fast zwei Drittel bzw. mehr als die Hälfte der Bevölkerung der christlichen Community an. In der Bistumsstadt Aachen überwog der Anteil der katholischen Konfession mit gut 44 Prozent (Stadt Aachen 2018), in Gelsenkirchen dagegen der Anteil der Personen ohne oder mit sonstiger Religionszugehörigkeit (Statistikstelle Gelsenkirchen 2019). In dieser Kategorie werden auch die Personen mit islamischer Religion, deren exakte Anzahl für beide Städte unbekannt ist, erfasst (Tab. 8.9.1).

Tab. 8.9.1: Religionszugehörigkeit in Aachen und Gelsenkirchen/Stand: 31.12.2016

Religionszugehörigkeit	**Aachen**	**Gelsenkirchen**
Katholisch	44,4 %	29,5 %
Evangelisch	14,4 %	24,5 %
Ohne/sonstige Religionszugehörigkeit	41,2 %	46,0 %

Quellen: Stadt Aachen 2018, Statistikstelle Gelsenkirchen

Die in der eigenen Untersuchung ermittelten Häufigkeiten weichen in Aachen durch höhere Anteile der christlichen Konfession ab und liegen ansonsten in beiden Städten nahe an der Allgemeinverteilung. Auf den ersten Blick kann aus den mindestens durchschnittlich ausgeprägten religiösen Zugehörigkeiten der *unentdeckt* Verstorbenen nicht abgeleitet werden, dass diese einen protektiven Charakter haben und vor einem unbegleiteten Sterben schützen. Der Einbezug der Variablen ›Liegezeit‹ verdeutlicht jedoch, dass anteilig mehr Verstorbene der Gesamtgruppe als der Teilgruppe Mitglied einer Religionsgemeinschaft waren. Dies kann darauf hindeuten, dass durch die religiöse Zugehörigkeit die soziale Einbindung gestärkt ist, wodurch die frühe(re) Auffindung der Verstorbenen begünstigt wird. Wenn allerdings die Merkmale ›Todesalter‹ und ›Geschlecht‹ hinzugenommen werden, zeigt sich ebenso, dass mehr verstorbene Frauen als Männer wie auch mehr Ältere als Jüngere eine (christliche) Religionszugehörigkeit besessen haben[20]. Die interdependenten Zusammenhänge verdeutlichen, dass die frühere oder spätere Auffindung nicht auf eine einzelne Ursache wie die Religionszugehörigkeit zurückzuführen ist, sondern dass jeweils ein Wechselwirkungsgefüge der der Erhebung zugrundeliegenden und weiterer Faktoren anzunehmen ist.

Im Jahr 2015 lebten in Deutschland zwischen 4,4 und 4,7 Millionen Muslim:innen. Dies entsprach einem Anteil von ca. 5,4 bzw. 5,7 Prozent an der Gesamtbevölkerung von 82,2 Millionen (Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (BMI) 2020). Die Bevölkerungszusammensetzung in Aachen und Gelsenkirchen spricht dafür, dass die Anteile der Personen mit islamischer Religion dem deutschen Mittelwert entsprechen bzw. aufgrund des überdurchschnittlichen Anteils von Personen mit Migrations- und ausländischem Hintergrund darüberliegen. Die eigene Erhebung erfasst nur sehr wenige Todesfälle von Personen mit islamischer Religion. In Aachen ergibt sich ein Anteil von 3,5 Prozent an der Gesamtgruppe und ein Anteil von 2,2 Prozent an der Teilgruppe. In Gelsenkirchen ist nur für eine/n der 2.011 *unentdeckt* Verstorbenen die islamische Religionszugehörigkeit erfasst. Trotz fehlender Angaben zur islamischen Religionszugehörigkeit liegt angesichts der empirischen Ergebnisse die Annahme nahe, dass Personen mit islamischer Religionszugehörigkeit in stärkerem Maße sozial eingebunden und deswegen besser vor einem unbegleiteten Sterben und einem *unentdeckten* Tod geschützt sind[21].

In Summe unterstreichen die Ergebnisse, dass die vorhandene Religionszugehörigkeit die Einbindung in eine weitere Gemeinschaft bedeuten und somit eine wichtige soziale Ressource darstellen kann.

20 In allen Gelsenkirchener Stadtteilen mit einem gehäuften Auftreten unentdeckter Tode mit einer Liegezeit ≥ 8 Tage liegt der Anteil der Personen ohne bzw. mit einer sonstigen Religion über dem städtischen Mittel: Schalke (56,7 %), Schalke Nord (55 %), Bulmke-Hüllen (58,3 %) und Ückendorf (47,3 %) (Statistikstelle Gelsenkirchen).

21 Diese Rückschlüsse gelten vermutlich auch für die noch seltener erfasste Zugehörigkeit zu sonstigen Religionsgemeinschaften.

8.10 Monat des Auffindens – keine rein zufällige Verteilung

Die Auswertungsergebnisse dieses Indikators erscheinen zunächst wenig aussagekräftig, da die Verteilung der Auffindung in den einzelnen Monaten des Jahres keine Auffälligkeiten – das heißt besonders viele oder besonders wenige *unentdeckte* Tode – aufweist[22]. Die geschlechtsdifferenzierte Analyse fällt ebenfalls unbestimmt aus, weist sie doch sowohl Übereinstimmungen als auch Unterschiede zwischen den verstorbenen Männern und Frauen auf. Aufschlussreich ist jedoch der Vergleich der Verteilungen in den Gesamt- und Teilgruppen. Mehr als ein Fünftel der Verstorbenen in den Gesamtgruppen wurden im Dezember oder Januar aufgefunden, in den Teilgruppen dagegen nur ca. 15 (Aachen) bzw. 13 Prozent (Gelsenkirchen). Die Todesfälle mit einer Liegezeit ≥ 8 Tage wurden vor allem im Frühjahr und Hochsommer bemerkt[23].

Für das gehäufte Auftreten von Todesfällen mit einer Liegezeit ≤ 7 Tage in den Monaten Dezember und Januar können auch soziale Gründe ursächlich sein. Im letzten Monat des Jahres sind – bedingt durch die Weihnachtsfeiertage und den anstehenden Jahreswechsel – verstärkte Kontaktaufnahmen mit Familienangehörigen oder mit Freund:innen und Bekannten üblich, selbst bei eher oberflächlichen oder sporadischen Sozialkontakten. Dasselbe gilt zu Beginn des neuen Jahres, wenn das Austauschen von Neujahrswünschen verbreitet ist. Die Monate Dezember und Januar stellen für die Mehrheit der Bevölkerung einen Zeitraum mit gehäuften Kontakten zum sozialen Umfeld dar. Die frühe(re) ›Entdeckung‹ des Todes kann deswegen sowohl auf eine ›ausreichende‹ soziale Einbindung als auch auf eine ›schwächere‹ soziale Einbindung zurückgeführt werden, welche durch die jahreszeitlich ungewöhnlich intensiven sozialen Beziehungen kompensiert wurde. Im umgekehrten Fall deuten in diesem Zeitraum längerfristig unbemerkte Tode darauf, dass die verstorbenen Personen sozial schwach bzw. kaum und/oder nicht in traditionell orientierte Bezugskontexte eingebunden waren.

Die gehäufte Entdeckung der Verstorbenen der Teilgruppen im Frühjahr und Sommer hängt dagegen möglicherweise mit ›offenkundigen‹ Auslösern zusammen. Durch die jahreszeitlich höheren Temperaturen können der Verlauf von Fäulnis und Verwesung beschleunigt werden, so dass die Nachbar:innenschaft in stärkerem Maße durch olfaktorische und/oder Insektenbefall verursachte Belästigungen auf die Tode hingewiesen wird. Eventuell ist mit Frühjahrsbeginn und den klimatischen Veränderungen aber auch das soziale Handeln der Einzelnen wieder stärker auf das soziale Umfeld bezogen sowie tendenziell mehr Zeit im öffentlichen Raum verbracht und damit der individuelle Wahrnehmungsraum erweitert wird. So können auch die ausbleibenden Lebenszeichen von Personen, zu denen keine oder nur oberflächliche nachbarschaftliche Beziehungen bestanden, eher bemerkt werden.

---

22 Bei der Datenerhebung wurde beobachtet, dass der Zeitpunkt der Auffindung – auch bei höheren Liegezeiten – nicht selten um das Datum des Geburtstags der Verstorbenen lag.

23 In den Gesamt- und Teilgruppen ist in den Monaten Dezember und Januar kein gehäuftes Auftreten von Suiziden festzustellen, sondern in den Sommermonaten Juni bis August. Dieses Ergebnis steht in Übereinstimmung mit der Suizidforschung, welche eine Häufung der Suizide im Frühling und Sommer belegt, hierfür jedoch keine stichhaltigen Erklärungen geben kann (Bronisch 2014: 29).

8.11 Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Abschließend werden die wesentlichen Schlussfolgerungen, die sich aus dieser erstmaligen längsschnittlichen Vollerhebung *unentdeckter* Todesfälle in zwei deutschen Großstädten ergeben, zusammengefasst. Die Darstellung folgt den leitenden Forschungsfragen und grundlegenden Annahmen.

Inzidenz und quantitative Entwicklung

Der Bevölkerungsstand und die Anzahl der Sterbefälle in den Kommunen liegen auf vergleichbarem Niveau. Bis zum Jahr 2008 gilt dies auch für die jährliche Anzahl der *unentdeckten* Tode. Danach erfolgt ein Anstieg der Inzidenz, welcher in Gelsenkirchen stärker und kontinuierlich verläuft. In beiden Städten ist die Zunahme besonders deutlich für Todesfälle mit einer Liegezeit ≥ 8 Tage ausgeprägt, deren durchschnittlicher Anteil an der Gesamtgruppe 18,6 (Aachen) bzw. 17,6 Prozent (Gelsenkirchen) beträgt. Dies bedeutet, dass der Anteil sozial ›schwach‹ eingebundener Verstorbener stärker angestiegen ist als der Anteil sozial ›ausreichend‹ eingebundener Verstorbener.

Die quantitative Relevanz drückt sich durch einen im Untersuchungszeitraum stetig wachsenden Anteil der *unentdeckten* Tode an allen ›privaten‹ Sterbefällen aus, welcher sich zwischen einem Fünftel und einem Drittel erstreckt. Dies bedeutet, dass mindestens jede fünfte Person, die im privaten Kontext verstirbt, betroffen ist. Allein zu sterben ist ein soziales Phänomen bzw. Problem mit wachsender Bedeutung. Die in Befragungen häufig geäußerte Sorge vor einem »einsamen Lebensende« ist empirisch durchaus begründet. Der steigende Anteil von Todesfällen mit einer Liegezeit von mehr als sieben Tagen zeigt auch, dass immer mehr Personen nicht nur die soziale Begleitung und Unterstützung im Sterben, sondern anscheinend auch regelmäßige Sozialkontakte im Lebensalltag fehlen, durch welche der Todeseintritt zeitnah bemerkt werden könnte. Personen, die im Verlauf einer Woche keine stetigen Beziehungen unterhalten, können diese Form des objektiven Alleinseins und der sozialen Isolation entweder selbst gewählt haben oder als andauernde belastende und nicht freiwillig gesuchte Gefühlslage der Einsamkeit erfahren.

Das quantitative Verhältnis von einzelnen Extremfällen mit sehr hohen Liegezeiten zur Mehrheit der *unentdeckten* Todesfälle untermauert, dass die mediale Berichterstattung durch die Fokussierung auf Ausnahmeerscheinungen die beträchtliche gesellschaftliche Relevanz dieses sozialen Phänomens, welches sich in der Verborgenheit und Unsichtbarkeit des privaten Raums ereignet, verkennt. Es fehlt der Diskurs über ›gute‹, ›menschenwürdige‹ Sterbebedingungen jenseits der Diskussion um Sterbehilfe und ein selbstbestimmtes Sterben.

Statistisches Profil

Anhand der ausgewerteten Personenstandsdaten lässt sich ein statistisches Profil der *unentdeckt* Verstorbenen ableiten. Die Untersuchung bestimmt als die beiden größten Gruppen: »verwitwete« Frauen mit einem Alter von mindestens 70 Jahren und »ledige« Männer mit unterdurchschnittlicher Lebensdauer. Als weitere Gruppe, die ebenfalls sys-

tematisch von einem *unentdeckten* Tod betroffen ist, identifiziert die Auswertung zudem »geschiedene/getrennte« Männer und Frauen mit einem Alter von weniger als 70 Jahren.

Abhängig vom Familienstand differiert auch die Liegezeit. »Verwitwete« Personen werden überwiegend innerhalb der ersten Woche aufgefunden, die Verstorbenen mit Liegezeit ≥ 8 Tage sind vor allem »ledig« und »geschieden/getrennt«. Die in höherem Maße ›ausreichende‹ soziale Einbindung der meist älteren, verwitweten Frauen wird auf die stärkere emotionale, soziale und instrumentelle Unterstützung durch die eigenen Kinder, durch sonstige familiäre und außerfamiliäre Kontakte wie auch durch Pflegedienste zurückgeführt. Die vergleichsweise jüngeren »ledigen« oder »geschiedenen/getrennten« Männer verfügen dagegen mutmaßlich über seltenere und weniger intensive soziale Beziehungen wie auch Unterstützung. Männer haben ein höheres Risiko, sozial zu vereinzeln und in Isolation zu geraten. Die männliche Übersterblichkeit im jüngeren und mittleren Lebensalter in der Gruppe der *unentdeckt* Verstorbenen geht im höheren Alter ab 80 Jahren mit einer zwei-Drittel-Mehrheit der weiblichen Verstorbenen einher.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Mortalität werden vor allem auf differente Lebensstile zurückgeführt, die sich nicht nur im Gesundheitsverhalten, sondern auch im sozialen Handeln und der persönlichen Beziehungsgestaltung ausdrücken. Sozial ›ausreichend‹ eingebundene Personen leben länger. ›Schwach‹ oder ›unzureichend‹ eingebundene Personen sind häufiger krank, sterben früher und ihr Tod wird vielfach spät(er) bemerkt, weil verlässliche Kontakte zu anderen fehlen. Der im Vergleich zur Gesamtgruppe höhere Anteil »lediger« oder »geschiedener/getrennter« Männer mit geringerer Lebensdauer in der Teilgruppe stützt diese Annahme.

Soziale Hintergründe

Unentdeckt Verstorbene haben überdurchschnittlich häufig keine Nachkommen. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass die eigenen Kinder für die Mehrheit der Sterbenden eine soziale Ressource darstellen, und dass durch deren Initiative der Tod begleitet oder zeitnah bemerkt wird. Diese protektive Wirkung zeigt sich in der eigenen Untersuchung vor allem für »verwitwete« Frauen, wohingegen der Tod »geschiedener/getrennter« Männer ungewöhnlich häufig trotz eigener Nachkommen mit Liegezeiten ≥ 8 Tage einhergeht. Nicht das Vorhandensein von Nachkommen ist entscheidend, sondern die Intensität bzw. Kontaktfrequenz der intergenerativen Beziehungen.

Die Mehrheit der *unentdeckt* Verstorbenen – und hier wiederum vor allem der Männer – wohnten am Lebensende in ihren Geburtsorten oder in den umliegenden Gemeinden. Die Liegezeiten widersprechen der Annahme einer über die Jahrzehnte gewachsenen starken sozialen Einbindung. Die geringe sozial-räumliche Mobilität weist eher auf mangelnde (berufliche) Alternativen im Lebensverlauf.

Personen mit geringen Liegezeiten werden häufiger in den Monaten Dezember und Januar aufgefunden. Dies ist ein Hinweis auf die soziokulturelle Bedingtheit des Phänomens und den Einfluss gesellschaftlicher Normen und Traditionen.

Unentdeckte Tode betreffen vor allem alleinlebende Personen. Es erscheint einleuchtend, dass das Risiko, unbegleitet zu sterben, mit der wachsenden Zahl von Einpersonenhaushalten ansteigt. Diese Argumentation vernachlässigt jedoch, dass *unentdeckte* Tode

– insbesondere mit steigender Liegezeit – weniger durch die Haushaltsform als durch die individuelle soziale Einbindung begründet sind.

Wenn alleinstehende Personen ›unerwartet‹ versterben, ist es einleuchtend, dass der Todeseintritt zunächst unbemerkt bleiben kann. Aber wie weit ist dieser Zeitraum zu bemessen? Die Komplexität und Diversität der sozialen Einbindung können durch die eigenen Ergebnisse nicht abgebildet werden, und die Ableitung bzw. Messung des Indikators ›Liegezeit‹ bedeutet eine Reduktion und Vereinfachung der sozialen Zusammenhänge. Die individuelle Lebenslage ist vielgestaltig wie auch die sozialen Bedürfnisse und die Beziehungen zum sozialen Umfeld. Es stellt sich die Frage, wo die Schwellen anzusetzen sind, um zwischen ›ausreichender‹, ›schwacher‹ und ›unzureichender‹ sozialer Einbindung unterscheiden zu können. Allgemeinverbindliche Antworten fehlen wie auch normative Setzungen, die Anhalt bieten, welche Zeiträume zwischen Tod und Auffindung vertret- und nachvollziehbar sind, und wann Wendepunkte erreicht und keine ›guten‹ Gründe mehr anzunehmen sind. Es handelt sich um ›fließende‹ Übergänge bzw. ein Kontinuum, bei dem selbst die Endpunkte – vollkommen ›ausreichende‹ bzw. ›unzureichende‹ soziale Einbindung – zeitlich nur vage bestimmt werden können. Der Ausweg aus dieser Bestimmungsproblematik wird dadurch gesucht, dass aus dem Datenmaterial entsprechende Schwellen der ›Liegezeit‹ und damit auch drei Gruppen von Verstorbenen mit differenter sozialer Einbindung bestimmt werden.

Die Unterstellungen einer ›ausreichenden‹, ›schwachen‹ oder ›unzureichenden‹ sozialen Einbindung sind lediglich auf den Zeitpunkt der ›Entdeckung‹ des Todes bezogen und sind nicht mit der subjektiven (Un-)Zufriedenheit mit den eigenen sozialen Beziehungen oder der objektiv ausreichenden oder unzureichenden sozialen Einbindung gleichzusetzen.

Das subjektive Erleben von Verstorbenen ist aus einer ex-post-Perspektive nicht zu erheben. Der indirekte Nachweis, dass die soziale Einbindung subjektiv ›unzureichend‹ bewertet wurde, kann jedoch über den hohen Anteil »nicht-natürlicher« Tode und insbesondere von »Suiziden« erfolgen. Die Selbsttötung wird jedoch nur von einer Minderheit derjenigen vollzogen, die die eigene Lebenssituation, und hier vor allem die Sozialkontakte, beeinträchtigt erleben. Es ist also von einem wesentlich höheren Anteil der *unentdeckt* Verstorbenen auszugehen, die von Gefühlen der Einsamkeit und der sozialen Isolation belastet wurden.

Mit dem Tod erlischt die Reziprozität sozialer Beziehungen. Die Liegezeit hängt insbesondere vom postmortalen sozialen Handeln des Umfelds ab. Die Bezugskontexte wie auch die Motivationen zur Initiative unterscheiden sich abhängig von der sozialen oder räumlichen Nähe zu den Verstorbenen. Die verschiedenen Beziehungs- und Unterstützungsformen – emotional, sozial gesellig, instrumentell, sozial fürsorglich und nachbarschaftlich (im Sinne von räumlich nah) – sind tendenziell durch spezifische Intensität bzw. Kontakthäufigkeit gekennzeichnet. Es liegt nahe, dass mit der Anzahl der Sozialkontakte auch die Wahrscheinlichkeit der ›gezielten‹ Entdeckung des Todeseintritts ansteigt. Sterbefälle werden aber nicht nur infolge einer gerichteten Suche, sondern auch ›zufällig‹ entdeckt – und dies unabhängig von der Liegezeit, so dass auch bei niedrigen postmortalen Intervallen diese Option besteht. Wenn jedoch eine ›zufällige‹ Auffindung erst nach Monaten erfolgt, spiegelt dies die (weitgehende) soziale Isolation zu Lebzeiten wider. Die Konstitutionsbedingungen des Sozialen wirken über den Tod hinaus. Das

Umfeld der Verstorbenen handelt vor allem aus dem jeweiligen Bezugskontext heraus sowie beeinflusst durch die sozialräumlichen, infrastrukturellen und sozialstrukturellen Rahmenbedingungen.

Das Vorkommen und der Anstieg *unentdeckter* Tode unterscheiden sich zwischen den Städten, innerstädtisch und auch auf kleinräumiger Ebene. Die regionalen Unterschiede werden durch grundlegende sozialstrukturelle Differenzen vor allem hinsichtlich Arbeitslosigkeit und Einkommensarmut begründet. In Gelsenkirchen gibt es einen wesentlich höheren Bevölkerungsanteil, der von Arbeitslosigkeit und Einkommensarmut betroffen ist und mutmaßlich in Folge auch häufiger von einem *unentdeckten* Tod. In der Mehrheit handelt es sich um Männer mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, deren Morbidität und Mortalität im jüngeren und mittleren Alter besonders eklatant ausgeprägt ist. Für die Personen – meist weiblichen Geschlechts und mit einem Todesalter jenseits des Renteneintritts und oft höheren Liegezeiten – wird ebenfalls angenommen, dass die sozialen Handlungs- und Beteiligungsmöglichkeiten durch exklusionsförderliche Bedingungen in der Lebenslage beeinträchtigt oder verhindert sind, wenn auch mutmaßlich geschlechts- und altersdifferenziert anders prononciert. Einkommensarmut wird jedoch als zentrale Ursache wie auch als Folge der benachteiligenden Lebenslage der Mehrheit der *unentdeckt* Verstorbenen angesehen[24].

Soziale Unterstützung und die Teilnahme an sozialen Aktivitäten können durch ökonomisches Kapital erworben werden. Eine soziale Isolation wird hierdurch verhindert, das subjektive Gefühl der Einsamkeit aber verliert sich nur, wenn Zufriedenheit mit den eigenen sozialen Beziehungen besteht. Einkommensarme Personen verfügen nicht bzw. nur sehr beschränkt über die Möglichkeit, einen sozialen Mangel durch kostenpflichtige soziale Kontakte zu kompensieren, so dass durch die ökonomische Armut die ›soziale Armut‹ stabilisiert und verstärkt wird. Wenn jedoch einkommensarme Personen über soziale Ressourcen wie beispielsweise den Rückhalt einer größeren sozialen Gruppe verfügen, sind sie seltener von einem *unentdeckten* Tod und vermutlich auch von einem *einsamen* Sterben betroffen.

Der Zusammenhang von Armut, sozial ungleich verteilten Lebenschancen und einem *unentdeckten* Tod lässt sich nicht nur im regionalen Vergleich, sondern auch innerhalb der Städte aufzeigen. Das Vorkommen *unentdeckter* Tode konzentriert sich räumlich in den innenstadtnahen Bereichen mit höherer Bevölkerungsdichte und tendenziell benachteiligenden sozialstrukturellen und sozialräumlichen Lebens- und Sterbebedingungen, aber mit günstige(re)m Wohnraum. Diese Gebiete weisen meist eine geringere Wohnqualität und höhere Umweltbelastungen mit minderer Aufenthalts-, Begegnungs-, Freizeit- und Versorgungsqualität sowie schlechterer (sozialer) Infrastruktur auf. In vielen Fällen sind die weit unterdurchschnittliche Lebensdauer und die schwache oder unzureichende soziale Einbindung auf soziale und gesundheitliche Benachteiligungen durch das Wohnumfeld selbst zurückzuführen. Die Netzwerkdichte der Mehrheit der hier Lebenden ist geringer, und die mit der Bevölkerungsdichte und der hohen

24 Diese Annahme wird auch dadurch gestützt, dass alleinlebende Personen mit allein Erziehenden-Haushalten und Haushalten mit drei und mehr Kindern die höchsten Armutsquoten aufweisen – insbesondere im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit (*BPB* 2020).

Fluktuation einhergehende »soziale Überlastung« (Flade 1987: 129ff.) kann die Anonymität und den Rückzug des Einzelnen ins Private verstärken. Auch hierdurch kann der Zeitpunkt der Auffindung hinausgezögert werden. Unzureichende Ressourcen des Sozialraums wirken sich in den nachteiligen Folgen beschränkter Kommunikationen und Interaktionen insbesondere für ressourcenarme Bevölkerungsgruppen, die vorrangig auf den nahen sozialen Bezugskontext angewiesen sind, aus. Die desintegrierenden Prozesse schreiten voran, wenn die unzureichenden Ressourcen des Sozialraums und der Bewohner:innenschaft nicht durch sozialpolitische Maßnahmen der Kommunen ausgeglichen und ergänzt werden. Das Leitbild der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse wird nicht zuletzt durch die unterschiedliche Finanzkraft von Kommunen begrenzt.

In beiden Kommunen sind die Mortalitätsverhältnisse der *unentdeckt* Verstorbenen sehr ähnlich. Die Mittelwerte und Häufigkeiten der erfassten Indikatoren weichen nur geringfügig voneinander ab. Die statistischen Profile der verstorbenen (Personen-)Gruppen kongruieren. Besonders frappierend sind die Übereinstimmungen hinsichtlich der Anteile der Verstorbenen in den drei Liegezeitkategorien. In Aachen und Gelsenkirchen sind gut 80 Prozent ›ausreichend‹, maximal ca. 15 Prozent ›schwach‹ und maximal ca. fünf Prozent ›unzureichend eingebunden. Diese Parallelen können nicht allein durch ähnliche Lebensverhältnisse begründet sein, welche bestimmte Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung bieten oder verwehren. Es wird angenommen, dass sich in dieser Verteilung ebenso allgemeine soziale Bedürfnisse und Vorlieben in der Beziehungsgestaltung widerspiegeln.

9. Fall- und Feldforschung
Leben, Sterben und Tod im ›sterbenden‹ Sozialraum

Durch die quantitative Erhebung sind mehr als 3.400 *unentdeckte* Todesfälle identifiziert worden. Die erfassten Indikatoren ergeben ein atomisiertes statistisches Profil des Einzelfalls sowie in Summe Hinweise auf ›Risikogruppen‹ in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, Familienstand und weiteren Faktoren. Außerdem weist die Datenanalyse auf Häufungen in Postleitzahlen-Gebieten mit höheren Anteilen sozial benachteiligter Personengruppen. Die soziodemographischen Informationen der amtlichen Statistiken ermöglichen es jedoch nicht, die sozialräumlichen Bedingungen der Sterbeorte der *unentdeckt* Verstorbenen in diesen Bezirken kleinräumig näher zu qualifizieren. Der deskriptivstatistische Zugang beschränkt sich auf die Vermessung des äußeren, an objektiven Faktoren festgemachten Erscheinungsbilds und bezieht sich vor allem auf Aspekte der Quantität (*wie viele?, welche Merkmale?*). Die Beschreibung bleibt an der Oberfläche verhaftet. Die gewonnenen Häufigkeiten und Mittelwerte nivellieren die vorhandenen Unterschiede in Bezug auf jedes einzelne Merkmal. Gleiche oder sehr ähnliche Zahlenwerte gehen jedoch in der Realität mit äußerst differenten interindividuellen Lebens- und Todesumständen einher. Statistische Aussagen bestätigen, dass ein Mensch mit einem bestimmten Personenstand *unentdeckt* verstorben ist, können aber keine Auskünfte darüber geben, wie dieser Mensch lebte und starb, und auch nicht erklären, warum der Tod unbemerkt blieb. Statistiken können weder die individuelle Lebenssituation noch die jeweiligen räumlich-materiellen und sozialen Lebens- und Sterbebedingungen abbilden.

Diese Blindstellen der quantitativen Erhebung sollen nun durch die Fall- und Feldforschung in einem Sozialraum mit gehäuftem Auftreten *unentdeckter* Tode exemplarisch erkundet werden. Nicht der statistische Bezirk, sondern der Kleinraum als unmittelbarer Lebens- und Sterbeort wird nun detailliert betrachtet. Die Analyse geht in die Tiefe und stellt explorierende Fragen nach dem *Wer?*, *Wo?*, *Wie?* und *Warum?* in den Fokus der Betrachtung. Die Studie untersucht drei im Verlauf eines Jahres *unentdeckt* gebliebene Todesfälle, ergründet den Gesamtkontext in seinen vielschichtigen Zusammenhängen

und verdeutlicht Einflüsse des Sozialraums auf die Lebenslage bzw. Lebenswelt der dort lebenden Menschen[1].

Unentdeckte Tode sind auch Abbild sozialräumlicher Exklusionsprozesse (Loke 2019: 63ff.) Räumliche, soziale und (sozial)infrastrukturelle Bedingungen wie beispielsweise fehlende bzw. unzureichende Begegnungs-, Freizeit-, Versorgungs- und Unterstützungsmöglichkeiten oder nachbarschaftliche Anonymität nehmen wesentlichen Einfluss auf die Auftretenshäufigkeit und auf die Erscheinungsformen *unentdeckter* Tode. Exklusionsförderliche Bedingungen erschweren oder verhindern soziale Begegnungen im öffentlichen Raum und forcieren den Rückzug des Einzelnen in den privaten Bereich. Die problematischen Auswirkungen geringer bzw. fehlender »Gelegenheitsstrukturen« (Petermann 2015: 181) zeigen sich besonders in Sozialräumen mit einem hohen Anteil ressourcenarmer Bevölkerungsgruppen und in deren Lebenslage. Wenn unzureichende individuelle und sozialräumliche Ressourcen nicht durch Maßnahmen ›von außen‹ ausgeglichen werden, schreiten die sich wechselseitig verstärkenden sozialen und räumlichen Prozesse der Exklusion in einer Abwärtsspirale weiter voran und begünstigen so auch *einsames* Sterben und unbemerkte Tode.

Bourdieu (1997: 159ff.) beschreibt die »Ortseffekte« »problematischer Banlieues« oder von »Ghettos« als Wechselwirkungen zwischen dem physischen und dem sozialen Raum. Im Verweis auf sein Kapitalverständnis führt er aus, dass die »Kapitallosen« »[…] dazu verdammt [sind, S. L.], mit den am wenigsten begehrten Menschen und Gütern Tür an Tür zu leben. Der Mangel an Kapital verstärkt die Erfahrung der Begrenztheit: er kettet an einen Ort.« (Ebd.: 164)

Es stellt sich eine Sogwirkung nach unten ein: Aufgrund des Ressourcenmangels ist »Flucht« unmöglich. Der unfreiwillige Einschluss in diesen stigmatisierten Raum degradiert die hier Wohnenden symbolisch und verstärkt ihren gesellschaftlichen Ausschluss (ebd.: 166). Die Lebensverhältnisse sind Ausdruck der gesellschaftlichen Ungleichheitsverhältnisse sowie der sozialen Positionierung der am Ort Lebenden.

Die eigene Untersuchung erfolgt an einem Ort mit ungewöhnlich vielen Todesfällen und prüft mögliche Zusammenhänge zwischen individuellem Leben bzw. Sterben und dem ›abgehängten‹ bzw. ›sterbenden‹ Sozialraum.

Die Annäherung an den Sozialraum erfolgt mittels der Kombination von drei Verfahren, die jeweils einen spezifischen Fokus auf das Feld richten, und in Summe die Perspektive der Bewohner:innenschaft und der Forschenden sowie objektive Rahmendaten verbinden. Die Begehung dient der strukturierten Beobachtung und Erfassung, die Befragungen der Menschen vor Ort der Erhebung persönlicher Erfahrungen und Wahrnehmungen und die externen Informationen (z.B. Sozialdaten, Zeitzeugnisse, historische Quellen) der ergänzenden Kontextualisierung des Sozialraums. Auch wenn der Zugang zum Feld schwierig war, die Forschende als ›fremd‹ und sozial nicht zugehörig ausgemacht wurde, gelang es im Verlauf der Zeit Vertrauen aufzubauen und durch Befragungen, direkt oder indirekt, ca. 50 Personen des Sozialgeflechts dieser Straße ausfindig zu machen.

---

1 In Übereinstimmung zu Kraus (2013: 151ff.) werden mit Lebenswelt die subjektive Wirklichkeit und mit Lebenslage die realen Rahmenbedingungen bezeichnet.

Dennoch sei an dieser Stelle betont, dass es sich um eine ›kleine‹ Fall- und Feldstudie handelt, die die quantitative Erhebung ergänzen und vertiefen sowie die sozialen und räumlichen Bedingungen an einem Ort mit gehäuftem Auftreten *unentdeckter* Tode exemplarisch veranschaulichen soll. Vorrangige Intention ist es, Hinweise zu den Verstorbenen, den Lebens- und Sterbebedingungen und den sozialen Hintergründen der Bewohner:innenschaft zu erfahren. Besonderes Augenmerk gilt den Berichten zum Umgang mit Sterben, Tod, Einsamkeit und existentiellen Ängsten. Es gilt auch zu erkunden, ob die gehäuften Todesfälle das Leben der Nachbar:innenschaft tangiert haben und wenn ja, wie diese ›Berührung‹ geschildert wird.

Im Weiteren erfolgen zunächst Ausführungen zum Untersuchungsgegenstand und zum Feldzugang. Dann wird das methodische Vorgehen – in Kombination von Begehung, Befragung und externen Informationsquellen – beschrieben und begründet. Die Darstellung der Ergebnisse und Hinweise erstreckt sich auf zwei Abschnitte. In Kapitel 9.2 werden alle verfügbaren historischen und aktuellen Informationen zu den räumlich-materiellen Bedingungen und in Kapitel 9.3 zu den *unentdeckt* Verstorbenen und der Bewohner:innenschaft gebündelt[2]. Das neunte Kapitel schließt mit bewertenden Schlussfolgerungen zu den Lebens- und Sterbeverhältnissen eines ›sterbenden‹ Sozialraums im Allgemeinen und dem Auftreten *unentdeckter* Tode im Besonderen ab.

9.1 Feldzugang und methodisches Vorgehen

Die Fall- und Feldstudie setzt an der Tradition einer sozialräumlichen Forschungsperspektive an. Bereits die soziologische *Chicago School* des frühen 20. Jahrhunderts hat städtische Räume und den Alltag der dort lebenden Menschen zu ihrem empirischen Untersuchungsgegenstand gemacht. Einer der Begründer, Robert Ezra Park, soll seine Student:innen aufgefordert haben: »Go into the district. Get the feeling. Become acquainted with people.« (Lindner 1990: 60f.), um mittels der der detektivischen bzw. journalistischen Praxis entlehnten Technik des »nosing around« (»Herumbummeln und Herumschnüffeln«) unbekannte bzw. fremde soziale Zusammenhänge in städtischen Räumen zu erkunden (ebd.; Schroer 2017: 213f.). In Folge etablierten sich die Methoden der teilnehmenden Beobachtung und der ethnographischen Fallstudie durch die Arbeiten der Chicago School über marginalisierte soziale Gruppen wie Wanderarbeiter:innenn oder obdachlose Personen zu anerkannten Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Bereits die frühen Arbeiten machten auf die Verbindung von Einkommensarmut bzw. deprivierten Lebenslagen und »Ortseffekten« aufmerksam.

In der eigenen Untersuchung geht es ebenfalls um das Aufspüren und Ergründen eines bislang weitgehend verborgen gebliebenen sozialräumlichen Kontexts *unentdeckter* Tode. Das Innovative ist, durch das Eintauchen in das Feld verästelte Zusammenhänge und verborgene Erklärungen aufzudecken, die durch die vorangegangene quantitativ orientierte Forschung unsichtbar geblieben sind. Ein solches Vorgehen ist im Vorfeld

2 Die Differenzierung von materiellem und sozialem Raum ist analytisch begründet und widerspricht daher nicht dem dieser Arbeit zugrunde liegenden relationalen Raumkonzept.

lediglich bedingt zu planen. Das eigene Vorwissen beschränkt sich auf allgemeine Beobachtungen zum Sozialraum und auf wenige Basisdaten zu den Verstorbenen wie Name, Todesalter und Liegezeit. Die vorherige Bewusstmachung und Fokussierung des Forschungsinteresses helfen die Geistesgegenwart im Feld zu stärken. Durch das »Herumbummeln« am Ort ergeben sich zufällige spontane Begegnungen mit unterschiedlichen Personen. Einzelne Kontakte sind flüchtig, andere entwickeln sich zu ausgedehnt(er)en Gesprächen. Erst im Verlauf offenbaren sich die jeweiligen inhaltlichen Ausrichtungen und Schwerpunkte: Mal werden ›Lebensspuren‹ der Verstorbenen, mal Beobachtungen zum Sozialraum und/oder Details der eigenen Lebenssituation und -geschichte berichtet.

Angesichts der Fülle verschiedenartiger Informationen ist im Prozess der Aufdeckung immer wieder zu entscheiden, welche Spuren weiterverfolgt werden und welche nicht. Wie bei einem Puzzle werden diese diversen Hinweise eingeordnet und ergeben nach und nach ein immer vollständigeres Bild des Sozialraums, wenngleich auch am Ende des Forschungsprozesses ›Puzzle-Teile‹ *unentdeckt* bleiben. Das Gesamtbild wirkt in Teilen inkongruent und widersprüchlich. Es hat den Anschein, dass wie in einem Vexierbild unterschiedliche Bilder desselben Ausschnitts übereinanderliegen, und dass die orientierende Einordnung aufgrund dieser Vielschichtigkeit erschwert wird. Dies ist vermutlich auch dadurch begründet, dass es sich um eine Collage intersubjektiv wahrgenommener und interpretierter Momentaufnahmen handelt, die zudem auch auf unterschiedliche Beobachtungszeitpunkte bezogen sind. Erschwerend kommt hinzu, dass berichtete Erfahrungen nicht selten längere Zeit zurückliegen und die Erinnerungen hierdurch getrübt sein können.

Die räumliche Segregation von *unentdeckten* Todesfällen ist bisher vor allem für den städtischen – in Abgrenzung zum ländlichen Raum – wie auch innerhalb der Stadt für bestimmte statistische Bezirke beschrieben (vgl. Kapitel 2.1 und 8.5). Die eigene Untersuchung bezieht sich erstmalig auf die kleinräumige Häufung in einem auf sechs Häuser begrenzten Straßenteilstück in einer Stadt des Ruhrgebiets. Im Zeitraum 2008 bis 2018 konnten hier insgesamt zehn *unentdeckte* Todesfälle ermittelt werden[3]. Die Studie konzentriert sich auf drei Sterbefälle mit höheren Liegezeiten, die im Verlauf des Jahres 2017/2018 offenkundig wurden, da die vor dem Jahr 2017 liegenden Todesfälle durch die Nachforschungen zwar verifiziert, nicht aber näher erkundet werden konnten. Um die Menschen vor Ort zu schützen, erfolgt die Darstellung dergestalt, dass nähere Rückschlüsse auf den konkreten Ort unmöglich sind.

Der erste Besuch im Feld erfolgte, nachdem die Forschende durch Akteur:innen der kirchlichen Praxis über den *unentdeckten* Tod eines Mannes nach sieben Monaten Liegezeit informiert wurde. Ursprünglich hatte die Untersuchung ein anderes Design vorgesehen und beabsichtigte, *unentdeckte* Todesfälle an unterschiedlichen Orten in vergleichender Perspektive zu analysieren. Als jedoch im Verlauf der Studie zwei weitere *unentdeckte* Todesfälle am selben Ort bekannt wurden, und die Befragungen der Nachbar:innenschaft auf weitere ›dubiose‹ Sterbefälle wiesen, wurde der Untersuchungsfokus auf diesen Kleinraum begrenzt. Die Anpassung des Forschungsprozesses diente somit der

3 Ein weiterer unentdeckter Todesfall ist außerhalb des Untersuchungszeitraums datiert und daher nicht berücksichtigt.

Spezifizierung des Phänomens der *unentdeckten* Todesfälle. Die kleinräumige Begrenzung bietet in stärkerem Maße die Chance der umfassenderen Kontextualisierung respektive der Einsicht in das Wechselwirkungsgefüge sozialer und räumlicher Bedingungen.

Das Untersuchungsfeld ist Wohnort einer stark fluktuierenden Bewohner:innenschaft. Die Einzelnen vollziehen ihr alltägliches Leben – abhängig von den individuellen wie objektiven Voraussetzungen – und sind dabei den Nachbar:innen sozial wie räumlich unterschiedlich nahe. Der geteilte Lebensraum bringt es mit sich, dass sich die Bewohner:innenschaft begegnet, und dies nicht immer konfliktfrei. Infolge der physischen Nähe werden die Lebensgewohnheiten und -aktivitäten der anderen, zumindest in der Außenwirkung, wahrgenommen. Einzelne Bewohner:innen haben engeren Kontakt und treffen sich mitunter auch im privaten Raum ihrer Wohnungen. Andere leben weitestgehend isoliert mit seltenen zufälligen und flüchtigen Begegnungen zu den Nachbar:innen im (halb)öffentlichen Raum. Die einzige Gewerbetreibende am Ort pflegt höflich-distanzierte Beziehungen zu einzelnen Anwohner:innen, vor allem aus demselben Mietshaus. Die im Geschäft angebotenen (kostspieligen) Genussmittel werden nicht von der Nachbar:innenschaft, sondern von einer auswärtigen Kundschaft erworben, die überwiegend mit dem Auto und ausschließlich für den Erwerb der Dienstleistung hierhin kommt. Die Mehrheit der Ansässigen ist nicht (mehr) erwerbstätig und zudem oft aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen in der Mobilität beschränkt. In dieser Lebenslage sind die nahen sozialräumlichen Bezüge tendenziell von höherer Bedeutung, vor allem dann, wenn sonstige soziale Kontakte nur gering dimensioniert sind oder fehlen (Petermann 2015: 185). Die Handlungsmöglichkeiten der Bewohner:innenschaft werden auch durch die lokalen Strukturen begrenzt, so wie umgekehrt die individuellen und kollektiven Praktiken den Raum mitgestalten[4]. Es handelt sich um ein dynamisches und komplexes soziales Feld, welches insbesondere durch die permanenten Zu- und Wegzüge bzw. Tode von Bewohner:innen stetige Veränderungen erfährt.

Die Untersuchung nimmt die *unentdeckten* Todesfälle als Ausgangs- und Bezugspunkt, um diesen sozialen und räumlichen Kontext – mittels Begehung, Beobachtung, Befragung und externer Informationsquellen – zu ergründen.

Strukturierte Stadtteilbegehung

Die »Stadtteilbegehung« (Deinet/Krisch 2009) ist ein Beobachtungsverfahren zur Erfassung von Wahrnehmungen der sozialökologischen Qualitäten von Räumen. Im Ursprung wurde das Verfahren für die Offene Kinder- und Jugendarbeit entwickelt (Deinet/Krisch 2002: 87ff.; Krisch 2009; Deinet 2009) und basiert auf einer Idee von Norbert Ortmann (1996; Deinet 1999: 74). Die Beobachtungsrundgänge sollen zunächst mehrfach wiederholt werden, ohne Kontakt zur Bevölkerung zu suchen. Um einen durch die »fachliche Brille« verengten Blick auf die Sozialräume zu überwinden, raten

---

4 Nach einem relationalen Raumverständnis (Kessl/Reutlinger 2007: 19) sind Räume »keine absoluten Einheiten, sondern ständig (re)produzierte Gewebe sozialer Praktiken«. Hierdurch wird betont, dass die physisch-materielle und die soziale Dimension nicht getrennt, sondern im Sinne eines Gewebes wechselseitig aufeinander bezogen sind.

Deinet und Krisch (2009), »eine ethnografische Haltung« einzunehmen und sich in der Aufmerksamkeit von den Räumen leiten zu lassen. Die Weiterentwicklung zur »strukturierten Stadtteilbegehung« als zweistufiges Beobachtungs- und Befragungsverfahren (Krisch 1999: 82ff.; Deinet/Krisch 2002: 87ff.) sieht auch gemeinsame Begehungen mit Kindern und Jugendlichen vor, um differenziertere und profundere Wahrnehmungen und Deutungen der Bedingungen des Stadtteils zu ermöglichen. Das Vorgehen soll zudem strukturiert sein: Einerseits werden bestimmte Routen festgelegt, welche mehrmalig zu verschiedenen Zeitpunkten begangen werden, und andererseits werden die »vielschichtigen Wechselwirkungen sozialräumlicher Zusammenhänge« mithilfe eines Beobachtungsleitfadens systematisiert erfasst (Deinet 2013: 128ff.). Die Aufmerksamkeit gilt sowohl der materiellen als auch der sozialen Umwelt (ebd.: 131f.). Die Eindrücke sollen jeweils zeitnah festgehalten werden. Im späteren Verlauf können im Rahmen der Begehungen auch Kontaktanbahnungen erfolgen.

Die Methode der »strukturierten Stadtteilbegehung« wurde für die eigene Untersuchung und Fragestellung angepasst. Das vorrangige Ziel ist eine möglichst differenzierte Wahrnehmung des Sozialraums aus der Perspektive der Forschenden, die lebensweltliche Sicht der Bewohner:innenschaft wird dagegen in den Befragungen am Begegnungsort erhoben. Das besondere Augenmerk in der Begehung gilt der Erkundung möglicher exklusionsförderlicher Bedingungen des nahen Wohnumfelds.

Die insgesamt 13 Feldbesuche erfolgten im Zeitraum von Mai 2017 bis Januar 2019. Nach Bekanntwerden eines *unentdeckten* Todesfalls war die Taktung der Besuche jeweils erhöht, ansonsten erfolgte das Aufsuchen des Ortes spätestens nach Ablauf von drei Monaten. Vier der 13 Begehungen vollzogen sich nicht nur im nahen Umfeld des Straßenteilstücks, welches sich auf weniger als 350 Meter in der Länge erstreckt, sondern in einem Radius von ca. einem Kilometer um das Untersuchungsfeld. Um den Einfluss unterschiedlicher Zeitpunkte zu berücksichtigen, wurden die Begehungen an allen Wochentagen und zu wechselnden Tageszeiten durchgeführt. Auch wenn die Wahrnehmung des Sozialraums hierdurch vertieft wurde, erwies sich der späte Freitagvormittag als besonders geeigneter Zeitpunkt für Befragungen. Die Beobachtungsrundgänge erfolgten immer allein und strukturiert. Die Wahrnehmungen und Beobachtungen zu räumlichen, sozialen und infrastrukturellen Besonderheiten wurden mittels eines Beobachtungsleitfadens erfasst und direkt, aber außer Sichtweite der Anwohner:innen mit einem Audio-Aufnahmegerät aufgezeichnet.

Die ursprüngliche Intention, zunächst den direkten Kontakt mit der Bewohner:innenschaft zu vermeiden, um die ersten eigenen Wahrnehmungen offen und unbeeinflusst aufzunehmen, ließ sich nicht umsetzen. Aufgrund der sozialräumlichen Begrenztheit des Feldes war eine ›unauffällige‹ Erkundung nicht möglich. Die Forschende wurde als ›Fremde‹ erkannt, zunächst hinter geschlossenen Fenstern von mehreren Personen beobachtet, in der Folge von einzelnen Männern im öffentlichen Raum angesprochen und nach den Gründen des Aufenthalts ›befragt‹. Die Anwesenheit wurde offen mit dem wissenschaftlichen Erkenntnisinteresse begründet. Einmal wurde die Forschende hiernach mit verbaler Aggression und mit Drohgebärden aufgefordert, den Ort zu verlassen.

Externe Informationen

Deinet und Krisch (2009) empfehlen, im Vorfeld Strukturdaten des zu begehenden Sozialraums einzuholen. Die eigene Untersuchung hat hierauf bewusst verzichtet, um den ersten Eindruck nicht durch Vorwissen und Vorannahmen zu beeinflussen. Die Suche nach Daten, Fotos und Berichten zur untersuchten Straße und dem näheren Umfeld setzte erst nach der ersten Ortsbegehung ein. Hauptinformationsquellen stellen amtliche Statistiken, das historische Archiv und Internetquellen dar. Die Strukturdaten für den Stadtteil (z.B. mittlere Anteile hinsichtlich Arbeitslosigkeit, Sozialtransfer-Bezug; unterdurchschnittliche Anteile an Personen mit Migrations- und ausländischem Hintergrund) erscheinen für die Anwohner:innenschaft ungenügend repräsentativ. Detailliertere Informationen aus kleinräumigen Sozialraumanalysen sind – mit Ausnahme demographischer Daten für einzelne Jahre – nicht verfügbar. Die Darstellung der Bevölkerungsdaten erfolgt zwecks Wahrung der Anonymität in reduzierter Form. Da die Geschichte der Straße auch im Zusammenhang mit der Bergbauhistorie steht, ließen sich über entsprechende Quellen Details in Erfahrung bringen, die jedoch wegen ihrer Einzigartigkeit nicht berichtet werden können.

Die objektive – an äußeren Faktoren festgemachte – Beschreibung des Sozialraums mittels der beiden beschriebenen Verfahren steht teils im Widerspruch zu den Wahrnehmungen und Deutungen der sozialräumlichen Zusammenhänge aus Sicht der am Ort lebenden Menschen. Die Außenperspektive wird daher durch die Befragungen der Bewohner:innenschaft um ›interne‹ subjektive und intersubjektiv auch differierende Einschätzungen hinsichtlich der Möglichkeiten und Begrenzungen des Sozialraums ergänzt.

Befragungen

Die Aussagen der Nachbar:innenschaft sind für die Analyse in zweifacher Hinsicht von Bedeutung: Einerseits als feld- und fallbezogene Expertise und andererseits als eigener Forschungsgegenstand. Die Bewohner:innenschaft kann aus eigener Erfahrung über die Lebensverhältnisse und die Möglichkeiten der Alltagsgestaltung berichten. Manche Befragte verfügen zudem über Informationen, Beobachtungen und subjektive Einschätzungen zu den *unentdeckt* Verstorbenen. Die Nachbar:innenschaft steht aber auch selbst im Fokus der Betrachtung, da die Hintergründe interessieren, warum die Befragten und die anderen Nachbar:innen die Todesfälle nicht ›frühzeitiger‹ bemerkt haben. Es wird betont, dass es sich hierbei um ein rein sachliches Erkenntnisinteresse – frei von jeder Form des verdeckten Moralisierens – handelt.

Die erste Intention lässt sich offen kommunizieren, bei der zweiten Fragerichtung ist jedoch zu befürchten, dass offene Erkundigungen nach dem persönlichen sozialen Handeln und damit auch nach der eigenen Verantwortlichkeit Abwehr- oder sozial erwünschtes Antwortverhalten evozieren. Daher wurde den Befragten nur das erste Forschungsinteresse offen dargelegt. Dieselbe Zurückhaltung betrifft die direkte Ansprache der Gefühlslage der eigenen oder fremden Einsamkeit. Um den »turn away-Effekt« zu vermeiden, wurde auch diese Thematik vorzugsweise indirekt – durch Umschreibungen der sozialen Situation – hinterfragt. Um die *Induktionshypothese* (vgl. Kapitel 5.4.4) zu prüfen, welche davon ausgeht, dass die emotionalen, kognitiven und verhaltensbezogenen Folgen der Einsamkeit einer Person in sozialen Netzwerken mittels Interaktion

und Kommunikation übertragen werden, gilt es auch, Hinweise zu suchen, ob der geteilte Lebensraum bestimmte sozialemotionale Befindlichkeiten – wie Einsamkeit oder die Angst vor der Einsamkeit – in verstärktem Maße ›hervorbringt‹.

Nach der ersten Begehung sind die zufälligen Begegnungen im Straßenraum gezielt für spontane Befragungen genutzt worden. Manche Anwohner:innen nahmen bei milden Temperaturen auch die Kommunikation aus den geöffneten Fenstern heraus auf. Die zu Stande gekommenen Befragungen im öffentlichen Raum sind durch ambivalente Erfahrungen gekennzeichnet. Einerseits zeigte sich eine hohe Gesprächs- und Auskunftsbereitschaft, und nicht selten wurden nach kurzer Zeit intime Details der eigenen Lebensgeschichte offenbart. Andererseits überwog eine ablehnende Haltung gegenüber der Audio-Aufzeichnung von weniger persönlichen Ausführungen zum Sozialraum und den Verstorbenen. Nur eine einzige der im Außenraum befragten Personen erklärte ihr mündliches Einverständnis. Die persönlichen Schilderungen und lebensweltlichen Interpretationen der übrigen ›Befragten‹ konnten nur mittels Gedächtnisprotokolls festgehalten werden. Bedauerlicherweise verliert sich hierdurch die Eigenart der Ausdrucksweise. Die Ablehnung der Aufzeichnung wurde mehrfach mit schlechten Erfahrungen im Umgang mit Behörden begründet.

Ein großes Manko der Straßenbefragungen ist es jedoch, dass oft Bewohner:innen angetroffen werden, die die Verstorbenen nur flüchtig kennengelernt haben. Vorrangig scheint es vielen Befragten vor allem darum zu gehen, die eigene Lebenssituation und Lebensgeschichte berichten zu können. Der einsetzende Erzählfluss ist womöglich auch damit verbunden, dass eigentlich kompromittierende Eingeständnisse – wie beispielsweise der eigene Drogengebrauch oder strafrechtlich relevante Delikte – ›ungefiltert‹ mitgeteilt werden. In Summe haben die diversen biographischen Berichte das Bild der Bewohner:innenschaft und des Lebensortes facettenartig beleuchtet. Zusätzliche Informationen zu den Verstorbenen sind hierdurch nur selten gewonnen worden. Ein weiterer Nachteil, der mit der Unverbindlichkeit spontaner Befragungen im öffentlichen Raum zusammenhängt, ist, dass diese häufig abrupt enden und Nachfragen unmöglich machen.

Um Kontakt mit den direkten Nachbar:innen im Wohnhaus der Verstorbenen aufzunehmen, ohne jedoch die eigene Person zu gefährden, wurde bei den Mietparteien im Erdgeschoss an der Tür geläutet. Hierdurch gelang es ›Jonny‹ kennenzulernen, der Umgang mit allen drei Verstorbenen hatte, und über seine Vermittlung auch ›Mattes‹, der bereits seit mehr als drei Jahrzehnten in der Straße lebt. Die Befragungen der beiden Männer fanden in deren Wohnungen statt. Es wurde der Eindruck gewonnen, dass die in ihrer Wohnung Befragten mehr Sicherheit und Wohlbefinden ausstrahlten. Für die Forschende dagegen erhöhte sich durch den ›unsicheren‹ Befragungsort die psychische Anspannung, da insbesondere in der Anfangsphase der Gespräche viel ›Energie‹ darauf verwandt wurde, etwaige Gefährdungen der eigenen Person wahrzunehmen und sich der Situation rechtzeitig zu entziehen. Die Gesprächsführung wurde zudem durch plötzliche Unterbrechungen wie Telefonate und Besuche erschwert.

Den ›interviewten‹ Personen wurde Anonymität zugesichert und der Zweck der Datenerhebung erläutert[5]. Alle erhielten die schriftliche Einwilligungserklärung für Tonaufnahmen wie auch die Kontaktdaten der Forschenden für spätere Nachfragen oder Widerrufe, bestanden jedoch auf einer mündlich ausgesprochenen Zustimmung für die Verwendung der Daten. Auch in diesem Punkt spiegeln sich trotz der Offenheit und Bereitschaft zum Gespräch grundlegende Vorbehalte gegenüber der Forschenden als einer Vertreterin des ›Establishments‹ (»high society schon bald«, Zitat Jonny 1) wie auch das Bemühen um Unverbindlichkeit wider.

Forschungshaltung und Gesprächsführung

Die Bewohner:innenschaft nahm die Forschende als ›fremd‹ und ins soziale Feld ›eindringend‹ wahr. Diese Einschätzung ist nachzuvollziehen. Die innere und äußere Forschungshaltung nahm die Ressentiments ›beantwortend‹ auf. Dies drückte sich sowohl in der Grundeinstellung als auch in der Art der Kontaktaufnahme und der Gesprächsführung aus. Um der ›Befremdung‹ durch die Forschende und ihr ungewöhnliches Interesse entgegenzutreten, wurde in der Begegnung bewusst eine personzentrierte Haltung eingenommen, um den Beziehungs- und Vertrauensaufbau zu stärken. Auf keinen Fall sollten die Befragten den Eindruck haben, bloßes ›Forschungsobjekt‹ zu sein oder aber sich erklären und rechtfertigen zu müssen. Stattdessen erfolgte eine ausdrückliche Ansprache als Expert:innen des Sozialraums. Die Erfahrungen und persönlichen Deutungen der Bewohner:innen wurden mit einfühlendem (nicht wertendem) Verstehen und positiver Wertschätzung aufgenommen. Da die meisten ›Befragungen‹ offenkundig auch eine Entlastungsfunktion erfüllten, wurde dem durch zurückhaltende Fragesetzungen sowie durch die Weiterführung der Gespräche über das eigene Forschungsinteresse hinaus entsprochen.

Die ersten Kontaktanbahnungen haben bereits gezeigt, dass ein zu offensives Forschungsinteresse eher mit abwehrendem Verhalten oder direktem Gesprächsabbruch ›beantwortet‹ wurde. Die weiteren Kontaktaufnahmen erfolgten daher bewusst zurückgenommen. Nach Schilderung des Anliegens wurden die Befragten durch Techniken des aktiven Zuhörens bestärkt ihre Erzählungen frei zu gestalten. Auch ›schwierige‹ Themen und inhaltliche ›Abweichungen‹ – etwa die Schilderungen autobiographischer Ereignisse – wurden in derselben offenen und non-direktiven Art interessiert aufgenommen. Die Befragten hatten Raum für persönliche Ausgestaltungen, und erst im späteren Gesprächsverlauf oder bei Abbrüchen der Erzählung wurden Zwischenfragen zur Präzisierung oder weitergehende Erkundigungen zu den Verstorbenen und dem Sozialraum eingebracht. Auf konfliktorientierte, provokante Ansprachen wurde verzichtet und stattdessen auf einfühlende, verstehende Fragen gesetzt[6]. An einigen Stellen sind durch

---

5 Streng genommen handelt es sich nicht um Interviews, sondern um Gespräche im Rahmen einer offenen Feldbeobachtung. »Das Interview ist nämlich eine Gesprächssituation, die bewusst und gezielt von den Beteiligten hergestellt wird, damit der eine Fragen stellt, die vom anderen beantwortet werden« (Lamnek/Krell 2016: 313).

6 Die Gesprächsführung ist der spontan-rezeptiven Interviewführung ähnlich, die 1988 von Kleinig (vgl. Lamnek/Krell 2016: 357 und 352ff.) vorgestellt wurde, um insbesondere schwer zugängliche Gegenstände einer Untersuchung zuzuführen. Das rezeptive Interview zeichnet sich, dadurch aus,

die defensive Gesprächsführung Nachfragen unterblieben. Außerdem ist es nicht auszuschließen, dass durch die vorrangig rezeptive Haltung der Interviewerin eine unbeabsichtigte Steuerung erfolgte, so dass einzelne Gesprächspunkte verstärkt ausgeführt wurden.

Eigene Rolle im Feld

Auch wenn in der Befragungssituation das Erkenntnisinteresse leitend ist, handelt es sich um eine soziale Beziehung, die variable Effekte auf die Ergebnisse ausübt (Bourdieu 1997: 780). Diese Verzerrungen finden auch dadurch ihren Ausdruck, dass bestimmte Dinge unerwähnt bleiben, andere dagegen betont werden. Im Verhältnis der Forschenden zu den Befragten zeigt sich die Asymmetrie nicht nur in den unterschiedlichen Rollen, sondern auch in der Zugehörigkeit zu differenten sozialen Milieus respektive der ungleichen Ausstattung mit verschiedenen Kapitalsorten – vor allem mit kulturellem Kapital. Diese potenzielle symbolische Gewalt durch die Forschende wird sowohl durch die Art der Gesprächsführung als auch durch den Befragungsort, an den die Forschende ›eindringt‹, sich aber dennoch in einer sozial schwächeren Position als ihre Gesprächspartner:innen befindet, reduziert.

Es ist nicht auszuschließen, dass die fehlende gesellschaftliche Nähe und Vertrautheit in den Befragungen auch dazu geführt haben, dass aufgrund des mangelnden Einvernehmens »hinsichtlich der Vorverständnisse zu den Inhalten und Formen der Kommunikation« (ebd.: 783) verbale oder non-verbale Signale des Gegenübers mitunter missinterpretiert und hierdurch Veränderungen des (eigentlichen) Gesprächsverlaufs hervorgerufen wurden. Grundsätzlich hat sich die Forschende jedoch darum bemüht, der sozialen Distanz durch die eigene Haltung und Gesprächsführung entgegenzuwirken. Rückblickend erscheinen weite Teile der Erzählungen der Befragten durch diese selbst relativ frei und offen gestaltet worden zu sein. An einer Stelle werden Vorbehalte gegenüber der Forschenden als Vertreterin des »Establishments« direkt angesprochen. Aber es finden sich ebenso Anhalte dafür, dass die Wahrnehmung der gesellschaftlichen Position Veränderungen dadurch erfahren hat, dass sie in einer zweiten Rolle eher als Sozialarbeitende – als gesellschaftskritische Advokatin sozial benachteiligter Gruppen – wahrgenommen wurde. Das eigene professionelle Auftreten ist ohne Zweifel von der jahrzehntelangen Beziehungsarbeit in verschiedenen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit geprägt[7]. Hierdurch wurde auch die Kompetenz erworben, Nähe herzustellen und dabei doch professionelle Distanz zu wahren. In den Gesprächen mit ›Jonny‹ findet dies sowohl durch die Betonung der Vertrauenswürdigkeit (Jonny 2: »Ihnen kann ich datt ruhig anvertrauen.«) als auch durch Ansprache einer – wie auch immer näher verstandenen – Kompliz:innenschaft zwischen diesem und der Interviewerin seinen Ausdruck (ebd: »Wir müssen doch zusammenhalten.«).

Durch die differierende Milieuzugehörigkeit scheinen insgesamt die größte ›Befremdung‹ in den Befragungssituationen sowie hieraus resultierende Verzerrungen

---

dass die interviewende Person vornehmlich als zuhörendes und weniger als fragendes Gegenüber auftritt.

7 Nähere Ausführungen hinsichtlich der Verwandtschaft qualitativer (Interview-)Forschung zu »sozialen Berufen« finden sich bei Reiter (2021: 271ff.).

ausgelöst worden zu sein. Die Geschlechtszugehörigkeit (die Mehrheit der Befragten sind Männer) und das Alter (die meisten Befragten sind wie die Forschende im mittleren Lebensalter) scheinen den Beziehungsaufbau und die Gesprächsbereitschaft eher positiv beeinflusst zu haben. Am Ende steht jedoch auch der Eindruck, dass trotz der ungewöhnlichen Fülle an internen Einblicken, andere Dinge angedeutet oder unausgesprochen blieben. An welchen Stellen die Darstellung der Inhalte für die Forschende möglicherweise eher inszeniert als offen mitgeteilt wurden, hat sich weder im direkten Kontakt noch in der Reflexion zweifelsfrei erschließen lassen. Es dominiert der Eindruck, dass die subjektiven Wahrnehmungen der Befragten von diesen weitestgehend in dem Bemühen um Authentizität mitgeteilt wurden.

Datenerhebung und -auswertung der Befragungen

Außer dem Aufnahmegerät wurden im Feld keine zusätzlichen Forschungsunterlagen verwandt, um eine möglichst ›echte‹, weniger formelle Gesprächssituation herzustellen. Der Leitfaden wurde im Feld nicht offen eingesetzt, sondern von der Forschenden situativ erinnert. Der vorläufige Entwurf wurde im Rückgriff auf den Forschungsstand nach der ersten Begehung konzipiert und nach den weiteren Aufenthalten und zur Vorbereitung des einzigen im Vorfeld vereinbarten Interviews mit ›Mattes‹ überarbeitet, also beispielsweise um ortsspezifische Fragen ergänzt.

Der Leitfaden umfasst Dimensionen, die einerseits aus den theoretischen und empirischen Vorannahmen zur Sozialraumerkundung *unentdeckter* Tode und andererseits aus den leitenden Fragestellungen der qualitativen Untersuchung abgeleitet sind. Das breite Forschungsinteresse zielt darauf ab, aus den Berichten der Nachbar:innen einerseits Informationen und andererseits subjektive Wahrnehmungen wie Interpretationen hinsichtlich der Verstorbenen, der Lebensverhältnisse und der persönlichen Hintergründe zu erfahren. Die von den Befragten genannten direkten oder indirekten Erklärungen für den unbemerkten Todeseintritt werden ebenso wie Berichte zum eigenen oder fremden Umgang mit Sterben, Tod, Einsamkeit und existentiellen Ängsten in die Analyse einbezogen.

Nach Abschluss der Befragungen wurden die Audioaufzeichnungen abgehört sowie die Gesprächsprotokolle gesichtet. In der Auswahl handelt es sich um insgesamt vier Gespräche, die gut zwanzig bis hundert Minuten dauerten. Drei Gespräche wurden mit ›Jonny‹ und ein Gespräch mit ›Mattes‹ (und im späteren Verlauf auch mit ›Anna‹) geführt. Abschließend wurden auch fünf Gesprächsprotokolle hinzugezogen, die die Perspektive des Postzustellenden, der Gewerbetreibenden (›Dina‹) und von vier weiteren Anwohner:innen (›Lori‹, ›Tarik‹, Ehepaar mit ca. 7-jährigerTochter) verdeutlichen.

Die Transkripte wurden nach festgelegten Regeln erstellt. Die Auswertung des Datenmaterials erfolgte mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) durch deduktive Kategorienbildung mit dem Ziel der inhaltlichen Strukturierung. Das gesamte Corpus wurde zu festgelegten Inhaltsbereichen extrahiert und zusammengefasst (ebd.: 68). Im Rekurs auf die Dimensionen des Leitfadens wurden vier übergeordnete und acht, in Unterpunkten ausdifferenzierte Analysekategorien bestimmt. Anhand eines Textes (›Jonny 1‹) wurde erprobt, ob die Inhaltsbereiche greifen und wie die Dimensionen abzustufen sind. Die Überprüfung der inhaltsanalytischen Reliabilität bzw. der

Intercoder-Reliabilität erfolgte durch die Kodierung desselben Textes mittels des Rasters durch eine andere Doktorandin. Im Ergebnis zeigte sich eine hohe Übereinstimmung, so dass – abgesehen von Präzisierungen – das Kategoriensystem als ausreichend zuverlässig eingestuft und auf das gesamte Material angewandt wurde. Abschließend wurden die Inhalte der Kategorien zusammengefasst und dann um zusätzliche Informationen aus den Gesprächsprotokollen ergänzt. Widersprüchliche Aussagen sind erhalten geblieben und namentlich gekennzeichnet.

Zusammenfassende Auswertung der strukturierten Begehungen, externen Informationen und Befragungen

Die Forschung ist tief in die Komplexität des Sozialraums eingetaucht und hat vielschichtige, vieldeutige und dynamische Zusammenhänge entdeckt. Nach Abschluss der Fall- und Felderkundung stellte sich die Frage, wie eine angemessene Form der textlichen Darstellung zu erreichen ist, und wie es auch für Außenstehende gelingen kann, diese soziale Welt zwar fragmentarisch, aber so prägnant wie möglich verstehbar zu machen.

Schließlich ist die Analyse als Deskription mit (überwiegend) explanativem Charakter angelegt worden[8]. Die Verschriftlichung bündelt alle Beobachtungen, Wahrnehmungen, Deutungen und Informationen, die mittels der drei Verfahren gewonnen wurden, in den Abschnitten 9.2 und 9.3 unter den Überschriften des räumlich-materiellen und des sozialen Raums.

Die textliche Darstellung spiegelt den Forschungsprozess selbst wider. Die Ergebnisse und Hinweise sind versatzstückartig zusammengesetzt, so dass sich auch beim Lesen nach und nach – wie bei einem Puzzle – ein immer vollständigeres Bild des Sozialraums einstellt. Die Überschriften dienen der groben Orientierung. Die Brüche in der Darstellung, die sich auch durch die Einfügung der Portraits der Lebenden und Verstorbenen ergeben, sind beabsichtigt.

Durch die sprachliche Gestalt sollen auch Respekt und Wertschätzung gegenüber den Befragten zum Ausdruck gebracht werden, deren Offenlegung diese Einblicke ermöglicht hat. In ihren Erzählungen beziehen sie sich auf persönliche Erlebnisse und bringen Erfahrungen, Erwartungen, Gedanken, Gefühle und Wünsche zum Ausdruck und ›enthüllen‹ sich hierdurch selbst. Die Schilderungen der Befragten haben ein hohes explanatives Potenzial und können das eigene und fremde (Nicht)Handeln verständlich machen und erklären.

Die Frage, wie kann es geschehen, dass Tode *unentdeckt* bleiben, wird – indirekt – durch die Beschreibung der Lebenswelt und durch die eindrücklichen Narrationen der befragten Nachbar:innen erläutert. Die ›Stimmen‹ des sozialen Umfelds der Verstorbenen geben Einblick in die spezifischen interdependenten Zusammenhänge, in die Folgen und Ursachen des Lebens und Sterbens an diesem Ort. Hinsichtlich *unentdeckter* Tode lassen sich Hintergründe ausmachen und Gründe vortragen, welche diese verstehend

8 Die Ausführungen zum explanativen Charakter sind in starkem Maße durch die persönlichen Hinweise und den Artikel von Jürgen Straub »Wie erklären wir einen Mord? Natalia Ginzburgs È stato cosí oder: Autobiographische Selbstthematisierungen und narrative Handlungserklärungen in der schönen Literatur und wissenschaftlichen Psychologie« inspiriert worden (ebd. 2019, 335ff.).

erklären. Durch die Ausführungen wird ebenfalls nachvollziehbar, dass auch Toden mit höheren Liegezeiten nicht zwangsläufig soziale Isolation, sondern mitunter schlichte Verkettungen ›unglücklicher Umstände‹ vorausgehen, die in Summe dazu führen, dass ausbleibende Lebenszeichen eines sozial eingebundenen Menschen ›versehentlich‹ länger unbemerkt bleiben. Die Erzählungen plausibilisieren das Geschehen und zeigen zugleich auf, dass es auch anders hätte kommen können.

Die Schilderungen der Menschen in der Straße, welche sich selbst sozial wie räumlich »abgeschoben« und »abgestempelt« (Mattes) erleben, sind sprachlich unverstellt und beschreiben teils drastisch die gemachten Erfahrungen. Sie berichten offen und konkret über die prekären Verhältnisse, die von der ›Normalität‹ des ›durchschnittlichen‹ Lebens weit entfernt scheinen. Durch das ›Voicing‹ der Bewohner:innenschaft dieses sozial benachteiligten, möglicherweise auch benachteiligenden Raums werden Prozesse sozialer Marginalisierung, Segregation, Exklusion und Ungleichheit auch für Ortsfremde fast physisch spürbar.

9.2 Ergebnisse und Hinweise in Bezug auf räumlich-materielle Rahmenbedingungen in historischer und aktueller Perspektive

Die qualitative Sozialraumforschung erfolgt in einer (nicht namentlich genannten) Stadt des Ruhrgebiets. Die Wahrung der Anonymität bedeutet nicht nur den Verzicht auf spezifische Angaben, die eine Identifizierung ermöglichen, sondern auch auf einzelne Quellenangaben, da hierdurch ein Rückschluss auf den konkreten Ort möglich ist. Teile der Ausführungen erfüllen daher, genau genommen, nicht die wissenschaftlichen Kriterien der Überprüf- und Nachvollziehbarkeit, obgleich sie dem Erkenntnisziel und den empirischen Gegebenheiten angemessen sind (vgl. Lamnek/Krell 2016: 141ff.).

Im Weiteren folgen zunächst allgemeine und vergleichende Informationen und Beobachtungen zur Straße bzw. den drei Teilstücken und danach detailliertere Angaben zum südlichen, in der Fall- und Feldforschung näher untersuchten Abschnitt. Bis in die 1960er Jahre erfüllte die Straße als einzige ausgebaute Verbindung zwischen zwei Stadtteilen samt Straßenbahnlinie eine wichtige Funktion. In die Wohnbebauung waren auch einzelne kleine Geschäftslokale der alltäglichen Versorgung und Handwerksbetriebe integriert. Mit dem Bau der neuen – weitgehend parallel verlaufenden – Hauptstraße und der Änderung weiterer Verkehrswege ging die Dreiteilung der Straße einher, wobei sich seitdem jedes Teilstück in Sackgassenlage mit einem Zugang zur neuen Hauptstraße befindet. Auch über Fußwege besteht keine durchgehende Verbindung mehr. Der untersuchte Straßenabschnitt misst in der Länge ca. 350 Meter, die beiden anderen Teilstücke sind jeweils etwa doppelt so lang.

Im Ursprung handelt es sich um eine Arbeitersiedlung, die ab Ende des 20. Jahrhunderts für die Belegschaft einer Zeche errichtet wurde. Die Straße verlief parallel zum Werksgelände. An ihrem Anfang und Ende befanden sich zwei- und dreigeschossige Mehrfamilienhäuser in Altbauweise und im mittleren Teil kleinere zweigeschossige Mehrfamilienhäuser – alle in Backsteinbauweise und teils mit ausgebauten Dachgeschossen. Hinter den Häusern waren Stall- und Abortgebäude sowie Gartenstücke zur Selbstversorgung. Nach dem zweiten Weltkrieg wurden die Häuser am Anfang und

am Ende der Straße instandgesetzt und im mittleren Teil wurden einzelne zerstörte zweigeschossige Bauten durch dreigeschossige Wohnhäuser in ähnlichem Design ersetzt. Der nördliche Teil hat im Verlauf der Jahrzehnte die größten Veränderungen in der baulichen Gestaltung und Nutzung erfahren. Auf der einen Straßenseite wurde die Wohnbebauung abgerissen und große Betriebe wie auch ein Gewerbepark neu angesiedelt. Auf der anderen Straßenseite wurden die Baulücken durch Neubauten der 1960er und 1970er Jahre aufgefüllt, so dass die Fassadengestaltung insgesamt ein uneinheitliches Bild darstellt. In den 1990er Jahren wurde die gesamte Siedlung umfassend renoviert, wobei die historische Ziegelfassade nur im mittleren Teil beibehalten wurde und in den beiden anderen Abschnitten die Vorderseiten der ursprünglichen Häuser verputzt und die Rückseiten gestrichen wurden. Die Mehrheit der Wohnhäuser ist im Besitz einer Wohnungsgesellschaft.

Auf der gegenüberliegenden Seite der Straße bzw. der neuen Hauptstraße befinden sich verschiedene große Gewerbebetriebe und in weiterer Entfernung auch kleinere, in sich geschlossene Wohngebiete mit überwiegend Ein- und Zweifamilienhäusern. Das ehemalige Zechenareal, welches diesseitig den Straßenverlauf rahmt, wird nun – nach Abriss der Gebäude und Renaturierung des Geländes – auch als Naherholungs- und Freizeitstätte genutzt. Das Verkehrsaufkommen ist an den meisten Tagen gering und auf die Anwohner:innenschaft beschränkt. Bei schönem Wetter und insbesondere an Wochenenden sowie in Ferienzeiten ist der Durchgangsverkehr deutlich erhöht. Im nördlichen Abschnitt, welcher zudem in der Nähe eines Verkehrsknotenpunkts liegt, sind durchgehend mehr Autos auf der Straße unterwegs, so dass hier insgesamt eine höhere Lärm- und Luftbelastung festzustellen ist. Mit Ausnahme der Parkflächen an den großen Gewerbebetrieben dominieren in der gesamten Straße ältere Klein- und PS-starke Mittelklasse-Wagen.

Im gesamten Straßenverlauf finden sich kaum Hinweise, dass der öffentliche Raum vor den Häusern von den Bewohner:innen (mit-)gestaltet oder zwecks Begegnungen in stärkerem Maße frequentiert wird. Die äußeren Fensterbänke sind nur sehr selten mit Pflanzen oder Vogelhäuschen dekoriert. Die meisten Fenster – auch in den Obergeschossen – sind mit Vorhängen sichtgeschützt und bieten keinen Einblick in das Wohnungsinnere. Im südlichen Teil grenzen die Häuser direkt an die Straße und im nördlichen Teil werden die seltenen Freiflächen vor einigen Häusern vor allem funktional genutzt. Die Grundstücke hinter den Häusern dienen hier mit ihren Grün-, Abstell- und Gewerbeflächen verschiedenen Nutzungen. Im mittleren Teil finden sich vor den Häusern neben Parkplätzen fast ausnahmslos Rasenflächen ohne dekorative Blumenbeete oder sonstige Bepflanzungen. Hinter den meisten Häusern liegen weitläufige, in Parzellen unterteilte Gartenstücke, welche überwiegend kultiviert und teils auch mit Gartenlauben bestückt sind, so dass das Bild einer kleinen Schrebergartenkolonie entsteht. Außerdem gibt es hier vor allem hinter den Mehrfamilienhäusern einzelne Gemeinschaftsflächen mit Sitzgelegenheiten und kleinen Spielplätzen, die insbesondere bei gutem Wetter von Kindern und begleitenden Erwachsenen intensiv besucht werden. Die Innenhöfe und (Garten-)Flächen hinter den Häusern sind im mittleren und nördlichen Abschnitt überwiegend in einem durchschnittlich gepflegten Zustand. Lediglich Böschungen in Randlage und brach liegende Grundstücke sind in stärkerem Maße mit Laub- und Grünabfäl-

len, kleinerem Unrat und größeren Haushaltsgegenständen verschmutzt. Im Gegensatz dazu macht das südliche Teilstück insgesamt einen vernachlässigten Eindruck.

Der Zustand der Wohnbebauung, der Straße und der Gehwege befindet sich im nördlichen und mittleren Teil in einem durchschnittlichen bis guten Zustand. Im Untersuchungsfeld trifft diese Einschätzung weder auf die hinteren Fassaden und Grundstücke noch auf die Gehwege zu, welche aufgrund von Löchern, Unebenheiten und Grünbewuchs vor allem mobilitätsbeeinträchtigten Personen die Bewegung erschweren. Fast alle Wohnhäuser sind frei von Graffitis, politischen Äußerungen oder ›Schmierereien‹. Im gesamten Untersuchungszeitraum sind äußere Hinweise auf Leerstand und hohe Fluktuationen lediglich im südlichen Teil der Straße festzustellen.

In den Jahren nach Bau der neuen Verbindungsstraße wurden sukzessive die Geschäfte, die die Versorgung mit Lebensmitteln und alltagsnahen Dienstleistungen (z.B. Postannahme, Friseur) abdeckten und schließlich vor der Jahrtausendwende die letzte der drei Gaststätten der Straße aufgegeben. Die Lage zwischen zwei Stadtteilen geht aktuell mit mangelnder Infrastruktur einher, so dass sich im Radius von mehr als einem Kilometer keine Einkaufs- und Versorgungsmöglichkeiten (z.B. Ärzte, Gesundheitsdienstleister), aber auch keine nichtöffentlichen Treffpunkte wie Gaststätten, Cafés oder Kioske befinden. Institutionalisierte Angebote wie Sportstätten, Vereine oder Bildungseinrichtungen fehlen. Fußläufig dauert der ca. 2,5 Kilometer lange Weg vom Untersuchungsfeld in einen der beiden Ortsteile bei durchschnittlicher Geschwindigkeit ca. eine halbe Stunde und ausgehend von den beiden anderen Abschnitten entsprechend kürzer. Die einzige soziale Institution in freier Trägerschaft ist eine kleine, eher behelfsmäßig erscheinende Kindertageseinrichtung im mittleren Abschnitt, welche in mehreren Flachbauten untergebracht ist. Kirchliche Einrichtungen sind im nahen Umkreis der Straße nicht vorhanden. Die Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr ist rund um die Uhr und auch an Wochenenden mit einem mindestens halbstündigen Takt gegeben. Die nächsten Haltestellen befinden sich für jeden Abschnitt direkt neben den Einmündungen in die Hauptstraße.

Nach dieser allgemeinen Charakterisierung wird nun das Untersuchungsfeld eingehender beschrieben. Die Zufahrt von der Hauptstraße gabelt sich und führt links zu dem abgesperrten Brachgelände einer Firma, geradeaus in Richtung Naherholungsgebiet und vorgelagerten Parkflächen und rechts in die sich über ca. 150 Meter erstreckende Wohnstraße, an deren Ende eine Abgrenzung über die gesamte Breite errichtet wurde.

Auf der rechten Seite befinden sich fünf Häuser in Reihenbebauung, das erste davon mit einem zusätzlichen Geschoss und einem kleinen Ladenlokal. Die Häuser sind im Besitz einer Wohnungsgesellschaft. Vier der fünf Häuser umfassen sechs, eines acht Mietwohnungen Trotz der günstigen Kaltmiete von weniger als fünf Euro pro Quadratmeter gibt es in jedem Haus mindestens einen Leerstand. Mit Ausnahme von drei größeren Wohnungen umfassen die Apartments lediglich einen Wohnraum, eine kleine Küche und ein Badezimmer. Die Fassadengestaltung ist einheitlich, weist aber deutliche Zeitspuren auf. Die Fensterfronten sind heterogen gestaltet. An den meisten Fenstern gibt es keine Gardinen. Stattdessen sind Fahnen, Aufkleber, Zeitungen oder Farbe aufgebracht. Die Fensterdekoration lässt kaum auf jahreszeitliche oder festliche Bezüge (wie z.B. Weihnachten) schließen. Die Hauseingänge wie auch die Treppenhäuser werden

nur von wenigen Mietparteien regelmäßig gereinigt. An den Fenstern einzelner Treppenabsätze hängen in die Jahre gekommene Gardinen.

Es überwiegt ein ungepflegter und von Verfall geprägter Eindruck. Im Straßenbereich und in den Hauseingängen liegen Zeitungen, Werbematerialien und Abfall. Die Klingeltafeln sind teils defekt, scheinen vielfach angepasst bzw. überklebt worden zu sein. Einige Mieter:innen haben kein Namensschild. Die Haustüren einzelner Häuser sind des Öfteren am Tage durchgehend angelehnt oder weit geöffnet. Die rückseitigen Fassaden sind schmutzig und verfärbt. Hinter den Häusern, in den Schuppen und auf den nicht bewirtschafteten Grundstücken lagert durchgehend Sperrmüll und Hausrat. Zwei der fünf Gartenstücke werden von den hier lebenden Familien mit Migrationshintergrund kultiviert und eines zudem für die Freizeitgestaltung der Kinder genutzt.

Das sechste Haus steht isoliert auf der anderen Straßenseite und befindet sich in Privatbesitz. Auf den ersten Blick wirkt es wegen der teils zugemauerten und verbarrikadierten Fenster und Überreste von nicht zu Ende geführten Baumaßnahmen unbewohnt. Die Grundfläche ist größer als bei den Häusern der anderen Straßenseite. Ursprünglich befand sich im Erdgeschoss eine Gaststätte mit angeschlossener Wohnung. Die oberen zwei Etagen verfügen jeweils über zwei große Wohnungen. Seit einem Jahrzehnt wird das baufällige Haus nur noch von einem alleinstehenden Mann (Mattes) zur Miete bewohnt. Nachdem das Obergeschoss nach einem Sturmschaden nicht mehr bewohnbar war, ist er auf eigene Initiative in eine der Wohnungen der mittleren Etage umgezogen. Eine Heizung gibt es nicht, aber mit Holz befeuerte Kaminöfen. Das Innere des Hauses ist in einem maroden und teils gefährlichen Zustand. Baumaßnahmen sind nicht zu Ende geführt worden und auf der hölzernen Treppe mit etlichen morschen Stufen wird schwerer Bauschutt gelagert. Das große Grundstück mit zugewucherten Park- und Gartenflächen und alten Kleingebäuden ist zur Straße auf der einen Seite mit Bauzäunen und zur anderen Seite mit einer baufälligen Backsteinmauer abgegrenzt. Daneben steht, zurückgesetzt, die Ruine eines Flachbaus mit Geschäftslokal. Auf der Fläche vor diesem Haus ist über Monate ein schrottreifer Kleinbus abgestellt sowie immer wieder Bauschutt, Hausrat und Müllsäcke dort deponiert werden.

Die Häuser grenzen in diesem Abschnitt beidseitig mit schmalen und sanierungsbedürftigen Gehwegen direkt an die Straße. Es gibt kein Grün und am Rand sind meist nur einzelne Klein- und der Kastenwagen der Gewerbetreibenden abgestellt. Auch die Autos verschiedener Pflegedienste und *Essen auf Rädern* sind regelmäßig vor Ort. Zu den Ladenöffnungszeiten parken am Anfang der Straße einzelne, meist höherpreisige Fahrzeuge der Kundschaft, oft mit auswärtigen Kraftfahrzeug-Kennzeichen. Das Geschäft besteht seit 2016, und die dort verkauften Genussmittel sind der Nachbar:innenschaft zu teuer[9].

In der Straße ist es meistens sehr ruhig, am Tage hört man Vogelgesang, und die ›Lebensgeräusche‹ der Bewohner:innenschaft sind stark gedämpft, am Abend dagegen scheint die Lautstärke des Mix aus Musik, Fernsehsendungen und menschlicher Kommunikation zuzunehmen. In den meisten Wohnungen ist das Licht eingeschaltet. Die intakte Straßenbeleuchtung erhellt den Bereich vor den Häusern so, dass der Raum gut überschaut werden kann.

9 Das Geschäft wurde nach dem Jahr 2018 aufgegeben.

Im Untersuchungsfeld gibt es eine hohe Anzahl von Mülltonnen, wenn auch ohne festen Standplatz. Die wiederkehrend zu beobachtenden Bissspuren in den Abfallbehältern, die Warnhinweise auf ausgelegtes Gift wie auch die eigene mehrmalige Sichtung am helllichten Tag weisen auf das beträchtliche Rattenproblem inner- und außerhalb der Häuser.

Innen- und Außenwahrnehmung des Sozialraums

Die Mehrheit der Mieter:innen zeigt sich unzufrieden mit der Wohnungsgesellschaft, kritisiert die mangelnde Sauberkeit, Instandhaltung und Schadensbeseitigung in den Gebäuden und im Umfeld. Übereinstimmend bemängeln die Befragten insbesondere den laschen Umgang mit der Müll- und Rattenproblematik. Aber auch die (angenommene) abfällige Haltung gegenüber der Bewohner:innenschaft wird beanstandet. Die Straße sei sowohl bei der Wohnungsgesellschaft als auch bei der Stadt »abgestempelt« (Mattes) und »aufgegeben« (Dina) als Wohngebiet für »Sozialfälle« bzw. »Assis« (Mattes), stelle ein »Ghetto« (Dina) dar für all diejenigen, »die man nicht in der Stadt braucht« (Anna) und deren existentielle Not ausgenutzt werde (Dina). Die Erzählung von Mattes verdeutlicht exemplarisch die angenommenen Vorbehalte gegenüber der Bewohner:innenschaft:

> »Dann kam der Rettungswagen. Ich fuchtel hier unten anne Straße, um denen zu zeigen, wo se hin müssen. Wie den soll'n wir mitnehmen? Der steht doch noch. Boah, ich mach dich gleich fertich. Hab ich natürlich nich gesagt. Die ham direkt Schiss gehabt. Ich hab den wohl so eine Angst eingeflößt. Wie der steht doch noch. Was soll'n wir denn mit dem? Hörma, der krümmt sich. Der geht kaputt. Der Marius hat denen das dann im Wagen erklärt, und mir hat er das dann hinterher gesagt. Die hatten tatsächlich Angst. Die ham gedacht, hier gibt's 'n Arsch voll oder watt. Besoffene Alkis hier oder watt. Das ham die sich vorgestellt, weil ich da so wild gestikuliert hab. Klar hab ich gewunken. Datt war genau nach den Nachrichten, wo so watt gekommen ist. Da ham se ein bisschen Angst gekriegt. Das hat der Marius mir dann erzählt, aber die ham sich im Auto wieder beruhigt. Er sacht, neh, der Kumpel hat sich Sorgen gemacht. Deshalb ist der so gewesen, so ausgetickt.«

Das Wohngebiet trägt sowohl in der Innen- als auch in der Außenbewertung ein negatives Image. Die Befragten vermissen bei den verantwortlichen Stellen den Willen zu konkreten Veränderungsmaßnahmen und nehmen stattdessen lediglich das Bemühen wahr, heikle Informationen (z.B. die Auffindung des von seinen Hunden angefressenen Mannes während der Renovierungsphase) und die lokalen Missstände nicht an die Öffentlichkeit dringen zu lassen. Es wird unterstellt, dass die Wohnungsgesellschaft lediglich betriebswirtschaftliche Interessen verfolge und keine Investitionen mehr tätige, da langfristig der Abriss und Neubau einer »Schicki-Micki-Gegend« (Dina) avisiert sei. Es ist davon auszugehen, dass die fehlende positive Identifikation zu verstärkten Aus- und Abgrenzungsbemühungen Einzelner wie auch von Gruppen und damit zu einer Reduktion nachbarschaftlicher Kontakte und insbesondere solidarischer Strukturen führt.

Die Lage des Wohngebiets wird hinsichtlich der Lebensqualität ambivalent wahrgenommen. Einerseits sei es am Ort angenehm ruhig und eine »schöne Gegend« (Mattes), im Vergleich zu Zechenzeiten – wegen der stark reduzierten Umweltbelastungen – ge-

radezu ein »Paradies« (Mattes). Das Naherholungsgebiet und die dort angebotenen Veranstaltungen haben überregionale Bedeutung, aber die meisten Bewohner:innen partizipieren hieran nur sehr selten. Die isolierte Lage und Abgeschiedenheit werden andererseits auch negativ bewertet als »Ende der Welt« (Anna), »so weit vom Schuss ab« (Jonny 3) oder als »Bronx« für »arme Schweine« (Jonny 1) und als ungeeigneter Lebensraum für sozial benachteiligte Personen, die »nicht mehr laufen können«, »einen Pflegedienst brauchen« oder »Alkoholiker« seien (Anna).

Auch das Sicherheitsempfinden erscheint widersprüchlich: Explizite Ängste in Bezug auf die eigene Person werden von den Befragten nicht geäußert, aber Jonny (2) hat »Angst« um seine Freundin und befürchtet, dass diese »angegrabscht« wird, wenn sie abends allein das Haus verlässt. Konkret weist er auf einen Mann »mit Bart« in der Nachbarschaft, der »wild hinter Frauen« her sei und diese belästige (ebd.). Mattes sieht sich nach mehreren Einbrüchen dazu gezwungen, auch für kurze Momente der Abwesenheit immer die Haustür abzuschließen. Nach der Auffindung von Marius Leiche haben sich unbekannte Personen Zutritt zu dessen Wohnung verschafft und alle Wertgegenstände entwendet.

Die räumlich-materiellen und infrastrukturellen Rahmenbedingungen bieten auch im Umkreis der Straße fußläufig weder Versorgungs- noch Begegnungsmöglichkeiten. Die Wohn- und Aufenthaltsqualität in der Straße ist gering. Für Bewohner:innen, die nicht mehr selbständig die Wohnung verlassen können, bedeutet dies das Angewiesensein auf Unterstützung durch persönliche Netzwerke oder soziale Dienstleister:innen.

9.3 Ergebnisse und Hinweise zur Bewohner:innenschaft

Soziodemographische Struktur

Die soziale Zusammensetzung der Wohnbevölkerung hat sich im Verlauf der Jahrzehnte verändert. Nach dem Krieg lebten in der Straße vor allem Arbeiter:innen der Zeche. Bis in die 1980er Jahre ist die Mehrheit von ihnen entweder weggezogen oder verstorben. In der Folge kam es zu einem Zuzug insbesondere von Personen mit türkischem Migrationshintergrund, für die nicht nur der günstige Wohnraum attraktiv war, sondern auch die Nähe zum islamischen Verein, welcher seinen Sitz im Geschäftslokal des vorderen Wohnhauses hatte. Nach dessen Schließung sind wiederum viele Bewohner:innen fortgezogen. In den Folgejahren nahm die Fluktuation in der Mieter:innenschaft weiter zu und die durchschnittliche Wohndauer ab. Es zogen Personen mit unterschiedlichem Migrations- und nach der Jahrtausendwende auch immer häufiger mit Fluchthintergrund hinzu. Außerdem stieg der Anteil sonstiger Personengruppen, die staatliche Transferleistungen bezogen und über Vermittlung der Sozialbehörden eine Wohnung am Ort erhielten, stetig an.

Im Zeitraum 2016 bis 2019 haben zwischen 39 und 51 Personen in den 32 Wohnungen der im Besitz der Wohnungsgesellschaft befindlichen fünf Häuser gelebt. Die genaue Anzahl der Wechsel ist unbekannt, aber die halbjährlich erfasste Gesamtzahl der Mieter:innen, differenziert nach Geschlecht, belegt die kontinuierliche und starke Fluktuation. Das Geschlechterverhältnis weist – mit leichten Schwankungen – auf eine zwei Drittel-Mehrheit der Männer in der Anwohner:innenschaft.

Fluktuation

Alle Befragten bestätigen die ständigen Wechsel, die sowohl durch Umzug als auch durch Tod der Mieter:innen begründet sind und beschreiben, wie hierdurch das Zusammenleben erschwert und zunehmend durch Anonymität geprägt ist. Der Umgang der langjährigen Anwohner:innen mit dem »Kommen und Gehen« (Mattes; Jonny 3) ist von dem Bemühen getragen, den Überblick zu bewahren, was zumindest Mattes in Bezug auf die Mitglieder der »Großfamilie« und die alleinlebenden jüngeren Männer nicht gelingt. Aber nicht nur Überforderung, sondern auch Abwertung, Ablehnung und Desinteresse treten hervor: Die neu Hinzuziehenden werden pauschal als »Bescheuerte« (Dina), »Assis« (Mattes), »Sozialfälle«, »keine normalen Menschen« (ebd.) und »einer dümmer als der andere« (ebd.) charakterisiert, zu denen die Alteingesessenen keinen Kontakt haben möchten. »Ja, ein Kommen und Gehen. Die einen sterben, die ander'n sind auf der Flucht. Und immer wieder Neue und die meisten davon bescheuert.« (Jonny 3)

Umzugswünsche

Auch wenn sich alle Befragten kritisch zur Lebens- und Wohnqualität äußern, so werden Umzugswünsche nur von Jonny, hier mit der Zeit immer deutlicher, und von der Großfamilie, die schon lange vergeblich nach einer neuen Bleibe sucht (Dina), berichtet. Jonny begründet seine Veränderungsabsicht sowohl mit dem »Dreck« als auch mit dem »Ärger« mit der Nachbar:innenschaft. Im Gegensatz zu früher könne er nicht mehr »so kämpfen« und seine Freundin verteidigen. Auch Tariks Eltern hatten zeitweilige Umzugspläne, die sie nun aufgegeben haben, da seine Mutter nicht auf das Gartenstück samt Selbstversorgung verzichten möchte. Mattes betont dagegen seine Entschlossenheit, in der Straße und im Haus wohnen zu bleiben: »Weißt du doch, alte Bäume verpflanzt man nicht. Du glaubst doch wohl nicht, dass ich hier noch einmal ausziehe. Dreißig Jahre hab ich schon, aber ich mach auch noch länger«. (Mattes)

In einer weiteren Erzählung zu Jupp, dem ehemaligen Friseur, unterstreicht Mattes die positiven Auswirkungen auf das körperliche und psychische Wohlbefinden infolge einer guten nachbarschaftlichen Einbindung: »Der war schon über siebzig schon. Samstags hat er immer die Haare geschnitten und 'nen Zwanni verdient oder so, weiß ich nich mehr. Einen geschickert mit denen hier. War gut und der hätt auch noch 'n paar Jährchen gemacht und dann ins Heim= alleine und dann war er tot.« (Mattes)

Basis des Zusammenlebens und Konflikte

In der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg bis ca. zu Beginn der 1980er Jahre gründete die gemeinschaftliche Basis auf der Zugehörigkeit zur Arbeiter:innenschaft der Zeche[10]. Die Geschlossenheit und der Zusammenhalt wurden hierdurch mutmaßlich gestärkt. Als weiterer stabilisierender Faktor wirkten die täglichen Zusammenkünfte bei einem gemeinsamen (Feierabend-)Bier in der Gaststätte. In den 1980er und 1990er Jahren war auf der gegenüberliegenden Straßenseite in dem Ladenlokal ein Verein zur Selbstvertretung von Personen mit Migrationshintergrund samt einem kleinen Gebetsraum ansäs-

10 Die historischen Quellen können nicht benannt werden, da hierdurch ein Rückschluss auf den Ort möglich wäre.

sig. Dieser Begegnungsort hat in der Straße zu einer starken Gemeinschaft von Personen mit islamischer Religionszugehörigkeit geführt.

Seit einigen Jahrzehnten erfolgt der Zuzug vor allem wegen des verfügbaren günstigen Wohnraums. Die Bewohner:innenschaft weist zwar eine ähnliche ökonomische Lage auf, aber aufgrund der großen sozialen Heterogenität in Bezug auf Alter, Ethnie, Religion, Lebensstil oder Milieuzugehörigkeit mangelt es an verbindenden Berührungspunkten. Es besteht weder eine auf gemeinsamer Basis gegründete Gemeinschaft der Straße noch gibt es einen ›neutralen‹ Treffpunkt zum Austausch und zur Klärung ortsspezifischer Anliegen. Auch allgemeine Regeln für das Zusammenleben, beispielsweise Handlungserwartungen in Hinsicht auf Sauberkeit, Ordnung und Rücksichtnahme, werden nicht kommuniziert, so dass die unterschiedlichen Handhabungen in der Alltagspraxis zu offenen und verdeckten Konflikten führen.

So kritisiert Mattes, dass Bewohner:innen – wobei dies seiner Beobachtung nach diejenigen mit Migrationshintergrund seien – ihren Sperr- und Hausmüll vor allem im Außenbereich hinter den Wohnhäusern abstellen. Jonny (2) ärgert sich über zwei Männer in den benachbarten Wohnhäusern, die Brot aus dem Fenster werfen:

> »Datt is der Dullmann, da oben. Der hat ’nen Knalll da oben, der füttert immer die Ratten, einmal hat er ’nen ganzen Kanten Brot runner geschmissen. Ich hab mich schon beschwert bei der (Name der Wohnungsbaugenossenschaft), aber ich weiß nich, ob die watt machen. Ich glaub, die woll’n datt gar nich hör’n. Der eine füttert vorne die Ratten, der andere füttert hinten die Ratten.«

Die meisten Konflikte werden verbal ausgetragen, mitunter kommt es aber auch zu Handgreiflichkeiten und gewalttätigen Auseinandersetzungen. Wenn die Polizei hinzugerufen wird, so kann diese oft nicht intervenieren, da Zeug:innen der Vorfälle keine Aussagen machen. So berichtet Tarik, dass er sich gegenüber der Polizei unwissend gestellt habe, als Lori – aus Ärger über nächtliche Partys – in seinem Beisein eine Mitbewohnerin massiv verprügelt hatte. Mit deutlich wahrnehmbarer Zustimmung führt Tarik weiter aus, dass Lori die andere Frau nach Abzug der Polizei erneut »zusammengefaltet« habe. Mittlerweile sei diese wieder ausgezogen. Auch Dina berichtet, dass sie von Lori – für sie ohne erkennbaren Anlass – in ihrem Ladenlokal überfallen wurde. Nach dem Gespräch mit Loris Betreuer:in habe sie wegen der psychischen Erkrankung davon abgesehen, eine Anzeige zu erstatten, sei aber auch ärgerlich über die Inkompetenz der Betreuer:in gewesen, welche Lori »überhaupt keinen Halt und Unterstützung« biete.

Portrait Lori

Lori ist ca. 30 Jahre alt, von eher kräftiger Statur, trägt eine Punk-Frisur mit einer rasierten Seite, Arme und Hals sind voller Tätowierungen, die Ohren dicht an dicht mit Ohrringen besetzt. Lori wohnt seit ca. 2015 im Erdgeschoss eines der mittleren Häuser. Die Fenster ihrer Wohnung sind zur Straße schwarz gestrichen, und auf dem einen Fensterflügel ist ein großes rotes A mit Kreis aufgemalt. Auch die Wände des dahinter liegenden Raumes sind teils schwarz gestrichen. Nach eigener Aussage räumt Lori nicht gerne auf. Daher befindet sich in ihrer Wohnung auch »viel Müll«. Vor dem Einzug war sie obdachlos und hat

seit ihrem dreizehnten Lebensjahr »auf der Straße gelebt« und Drogen konsumiert. Aktuell kiffe sie »nur« und nehme »Tabletten zum glücklich machen«. Nach dem Suizid ihrer Mutter sei sie »völlig abgestürzt«, war »psychisch am Ende« und wurde in eine Klinik eingewiesen. Dort ist eine schwere Borderline-Störung diagnostiziert worden. Seitdem wird sie von zwei Betreuer:innen unterstützt. Lori findet diese soweit »okay«, »oft auch nervig«, aber dann ließe sie diese nicht in die Wohnung und reagiere auch nicht auf deren Anrufe. Es stört sie, dass ihr die Betreuer:innen die Haltung ihrer »Lieblingstiere«, weißer Ratten »zum Kuscheln«, wegen des Müllproblems verboten haben. Lori ist die meiste Zeit für sich allein und verlässt die Wohnung selten. Über das Geschehen in der Straße ist sie nicht gut informiert. Den Tod von Marius habe sie beispielsweise »wegen des Auftriebs in der Straße« mitbekommen. Sie habe diesen aber nur flüchtig gekannt, da er und sein »Kreis« den Kontakt mit ihr mieden, da sie »schon mal ein bisschen austicken« würde. »Aber weißt du, ich bin einfach traurig wegen meiner Mutter.« Auf »ihre echt beschissene Kindheit«, «alle Scheiße, die du dir nur denken kannst«, geht Lori nicht näher ein.

Weitere Konflikte

Alle befragten Personen mit Migrations- und Fluchthintergrund berichten von fremdenfeindlichen oder rassistischen Anfeindungen sowie von Gewaltandrohungen durch die Nachbar:innenschaft. Im Gespräch bringt nur Jonny (1) seine Abneigung und Feindseligkeit sowie seine subjektiv erlebte Vorrangstellung offen zum Ausdruck:

> »Hier fühl ich mich wie der Eigentümer von dem Haus. Hier hat nie einer geschimpft, obwohl ich da oben so 'n Ölauge hab, hatte, so 'n Türken. Aber die war'n ja selba laut. Und wenn da eina kam, hab ich gedacht, da wär'n 51 Mann gewesen. Die ham kein Anstand, kein Benehmen, die Türken. Deswegen mag ich die nich. (.) Und pervers neugierich (.) furchtbar. Den Sohn hab ich ma bei mir gehabt, inne Küche, beim Kochen, ich kann auch polnisch kochen, die Mudda konnte kochen, der Vadda nich', und dann hab ich (.) aber der ging auch überall mitte Schnauze dran, mitte Finger, so anne Töpfe. »Bleib'se von mein Essen wech!« Den musst ich richtich auffe Hand hau'n, so 'n unverschämtes Volk is' datt. Arrogant, die tun immer so nett, scheiße sind die. Den muss man hier doch zeigen= (.) wo vorne und= (.)«.

Der geschilderte Vorfall bezieht sich auf (den bereits erwachsenen) Tarik, der Jonny seinerseits als »arrogant« und »von oben herab« beschreibt. Als direkter Nachbar im selben Wohnhaus habe er Jonny einige Male beim Treppensteigen geholfen.

Mattes äußert sich zwar nicht abwertend, aber dennoch deutlich distanziert in seinem Verhältnis zur »Großfamilie« und begründet dies mit einem Vorfall, bei welchem er selbst beleidigt und ausgegrenzt wurde.

> »Eine Großfamilie wohnt da glaube ich. Ach, da blick ich auch nich durch. Da gibt es wohl eine Wohnung, die hat fast hundert Quadratmeter. Da müssen wohl 18 Leute wohnen. Ich weiß es nich. Ich blick da nich mehr durch. Da sind mindestens sechs Kinder, ein alter Mann, ein Türke, und 'ne Frau, 'ne dicke kleine mit Kopftuch, und sechs Kinder. Und dann ab und zu kommen da noch ma 'n paar andere, auch sieht aus wie so 'n Pärchen, Mitte 20. Ob die da wohnen, das weiß ich alles nich. Da blick ich nich

> durch. Die reden da auch mit keinem. Im Gegenteil. Dann geht man dran vorbei und so'n kleines Kind fragt: Papa, is das auch so 'n Penner? Ich denk, watt is datt denn. Watt bringt der denn den Kindern bei? Hat der einen anne Pfanne? Naja, auf jeden Fall. Keine Ahnung. Watt willse da tun? Die woll'n mit einem nix zu tun ham. Selbs die eigenen Landsleute wollen, glaub ich, auch nix mit den' zu tun ham, aber ich weiß es nich.«

Diese Schilderung macht deutlich, dass unfreiwillige physische Nähe nicht mit sozialer Nähe, sondern im Gegenteil mit einem verstärkten Bemühen um soziale Distanz einhergehen kann. Die am Ort langjährig lebenden Personen mit Migrationshintergrund datieren die deutliche Verschlechterung im Zusammenleben und ihrer eigenen Integration auf das Jahr 2012 und den Tod von Kurt, einer allseits anerkannten Autorität, welcher ab den 1990er Jahren in den Räumen der ehemaligen Gaststätte eine Art Freizeiteinrichtung etabliert hatte. Sie beschreiben diesen übereinstimmend als eine starke Persönlichkeit, die sich um das Wohl aller Menschen am Ort gekümmert habe. Durch seinen Einfluss sei das Miteinander »wesentlich friedlicher« (Dina) gewesen, da Kurt sich gegen rassistische und fremdenfeindliche Anfeindungen positioniert und zu allen Anwohner:innen gleichermaßen gute Beziehungen unterhalten habe. Seit 2012 habe sich sowohl das Ausgrenzungs- als auch das Konfliktpotenzial zwischen Einzelnen und den verschiedenen Gruppen in der Straße deutlich erhöht. Es mangelt an Zusammenhalt und gegenseitigem Vertrauen. Mutmaßlich mindert die geringe soziale Kohäsion auch das Sicherheitsempfinden der Bewohner:innenschaft.

Portrait Tarik

Tarik ist 1980 in der Türkei geboren und kurz nach der Geburt mit seinen Eltern nach Deutschland ausgewandert. In der Straße lebt er – mit einer mehrjährigen Unterbrechung – seit seinem sechsten Lebensjahr. Nach Abschluss der Schule war Tarik etwa zehn Jahre als Monteur im Baugewerbe in der Firma seines Cousins tätig. Tarik berichtet sehr gerne über diese Zeit und ist stolz auf die erfahrene berufliche Anerkennung. Er war einige Jahre verheiratet, nach der Scheidung im Jahr 2006 ist er in die Wohnung seiner Eltern zurückgekehrt. Er hat dort kein eigenes Zimmer, sondern schläft auf der Couch im Wohnzimmer. Nach der Trennung von seiner Ehefrau hat er Drogen konsumiert. In dieser Zeit hat er sich im kriminellen Milieu bewegt und auch für die russische Maffia Schutzgelderpressungen durchgeführt. Wegen erheblicher Selbst- und Fremdgefährdung wurde er »mit Handschellen« in die Psychiatrie zwangseingewiesen und infolge per richterlichen Beschluss – aufgrund einer diagnostizierten Schizophrenie – für »unzurechnungsfähig« erklärt. Alle gegen ihn eingeleiteten strafrechtlichen Verfahren wurden letztlich eingestellt, da es sich um Straftaten unter Drogeneinfluss handelte, und weil er die Namen der Hintermänner offengelegt habe. Seitdem wird er auch durch einen gesetzlichen Betreuer unterstützt. Seit dem Jahr 2008 ist er anerkannt »erwerbsunfähig«. Zurzeit arbeitet er wöchentlich fünf Stunden in einer Integrationsfirma. Tarik langweilt sich häufig und weiß nicht, wie er die Tage hinter sich bringen soll. Daher »läuft er durch die Gegend« oder trifft sich mit »Kollegen« zum »Zocken«.

Begegnungen im öffentlichen Raum

Das Leben der Mehrheit konzentriert sich auf den geschlossenen Bereich der eigenen Wohnung und erstreckt sich nicht auf das Umfeld. Es zeigt sich eine Tendenz zur »Verhäuslichung« bzw. zum räumlichen Rückzug (Böhnisch 2015: 158f.). Einzelne alleinlebende, meist pflegebedürftige Personen werden im öffentlichen Raum zu keinem Zeitpunkt angetroffen. Manchmal halten sie sich offen oder verdeckt im Bereich der Wohnungsfenster auf, ohne Kontakt mit passierenden Mitbewohner:innen aufzunehmen.

Das Fenstergucken erscheint insbesondere bei vielen Männern als beliebte Freizeitbeschäftigung. Es wird angenommen, dass es sich nicht nur um eine Form des Zeitvertreibs, sondern auch um eine Möglichkeit handelt, sich über das Geschehen samt Veränderungen des Sozialraums zu informieren, dabei Distanz wahren zu können und bei Interesse initiativ Kontakt mit ausgewählten Personen aufnehmen zu können.

Auch Mattes schaut regelmäßig aus dem Fenster und macht sich dabei Gedanken über die alleinstehenden, seines Erachtens bis in den Tod einsamen, Personen hinter den Fenstern der gegenüberliegenden Straßenseite.

> »Ich hab mir schon öfters über so was ma Gedanken gemacht. Ja, man sieht das ja, wenn ich aus 'm Fenster guck, dann sieht man das. Da einer und da einer und da einer. Alles das Gleiche. Überall wird das Gleiche passieren. Und alle paar Wochen kommt hier 'nen Wagen und es wird wieder jemand rausgeholt.«

Die Bewegungen im öffentlichen Raum variieren abhängig von der Tageszeit: Am frühen Morgen und am späten Abend verlassen nur einzelne – darunter auch die Hundehalter:innen – das Haus oder kehren zurück. Ab dem späten Vormittag bis Einbruch der Dunkelheit sind häufiger Personen zu beobachten. Manche Männer und Frauen verlassen sehr selten ihre Wohnung, signalisieren durch ihre Körperhaltung und die Vermeidung des Blickkontakts, dass sie nicht angesprochen werden wollen. Wenn ihnen jemand begegnet, so grüßen sie kurz oder gehen wortlos weiter. Einige, meist männliche Personen wie Tarik, verlassen regelmäßig die Wohnung, unternehmen Spaziergänge im näheren Umfeld und nutzen Begegnungen mit anderen fast immer auch zur aktiven Ansprache. In den sich entwickelnden Unterhaltungen ganz unterschiedlicher Dauer werden allgemeine und persönliche Informationen ausgetauscht. Einzelne Beziehungen zwischen alleinstehenden Männern sind konfliktbehaftet, so dass es bei zufälligen Begegnungen fast immer zu Pöbeleien kommt. Unabhängig von der Qualität der Beziehung wird das Gegenüber meist geduzt und mit dem Vornamen angesprochen, sofern dieser bekannt ist.

Nur selten wird die Richtung zum Naherholungsgebiet eingeschlagen. Die Mehrheit geht in Richtung Hauptverkehrsstraße und nutzt den öffentlichen Nahverkehr. Nur einzelne Haushalte haben ein Auto oder Fahrrad zur Fortbewegung. Fast alle Zurückkehrenden führen volle Einkaufstaschen oder Einkaufsroller mit sich.

Die meisten Personen sind allein unterwegs. Eine Ausnahme bilden Tariks Eltern, die Mitglieder der »Großfamilie« und die wenigen alleinlebenden jüngeren Frauen wie beispielsweise Anna, welche häufiger von Besucher:innen begleitet sind. Minderjährige leben nur in der »Großfamilie« mit Migrationshintergrund. Die älteren Schulkinder durchqueren die Straße meist ohne, die jüngeren Kinder im Grundschulalter immer in Begleitung von Erwachsenen. Der öffentliche Raum vor den Häusern wird nicht zum

Spielen genutzt. Die Heranwachsenden halten sich mit ihren Familien bei schönem Wetter im Garten auf, wo auch die Möglichkeit zum Schaukeln besteht. Mitunter brechen einige Familienmitglieder mit Fahrrädern in Richtung Naherholungsgebiet auf. Auch Tariks Eltern sind häufig in ihrem Garten anzutreffen, kümmern sich um die Beete oder halten sich in der Sitzecke auf.

Der öffentliche Raum wird von den Anwohner:innen nicht für längere Aufenthalte oder gezielte Begegnungen genutzt. In der Straße gibt es keine Öffentlichkeit des Bürgersteigs. Die Befragten fühlen sich nicht für den öffentlichen Raum verantwortlich und sehen Sauberkeit oder Verschönerung als Aufgaben der Wohnungsgesellschaft bzw. der Stadt an.

Soziale Beziehungen in der Nachbar:innenschaft

In quantitativer Hinsicht dominieren »Nicht-Beziehungen« in der Nachbar:innenschaft. Die Mehrheit lebt allein, weitgehend isoliert und hat nur zufällige oder flüchtige Beziehungen zu Nachbar:innen. Mattes charakterisiert die große Gruppe alleinlebender Männer und Frauen als »einsame« »Solo-Menschen« ohne Freunde, Familie und Besuch, die man kennt, aber mit denen man nichts zu tun haben möchte. Manche dieser Personen werden durch Pflegedienste oder sonstige soziale Dienstleister unterstützt, nicht wenige zudem durch gesetzliche Betreuer:innen.

Sehr zurückgezogen lebende Personen – wie der *unentdeckt* verstorbene Thorsten – sind für Mattes und Anna über Jahre »unsichtbar« geblieben, und auch durch die Beschreibung seines Äußeren ist ihnen kein Rückschluss auf ein bekanntes Gesicht möglich (Mattes). Mattes führt Jonny exemplarisch als einen solchen alleinstehenden und einsamen Menschen an. Er erzählt, dass er diesen nur aus dem Gefühl des »Mitleids« heraus »so alle zwei Wochen« »zehn Minuten« besuche und gelegentlich auch ein Stück selbst gebackenen Kuchen vorbeibringe. Mattes unterstreicht, dass er trotz dieser Nachbarschaftshilfe nichts mit Jonny zu tun haben möchte und begründet dieses vor allem mit dessen rechter politischer Orientierung.

> »Mit dem Cowboy kann keiner von uns was anfangen. Datt is (.) Watt soll ich dazu sagen, der is ’n komischer Kerl. Der möchte Fascho sein, aber is er auch zu doof für. Der is sogar zu doof, um Nazi zu sein. Obwohl er sich so benimmt oder sein will, aber= selbst das kriegt er nich hin. Datt tut mir leid, wenn ich so über ihn rede. Der is nich mein Freund. Der denkt immer, ich bin sein Freund. Vielleicht, weil ich der Einzige bin, der sich manchmal um ihn kümmert.«

Jonny (2), seinerseits, nennt Mattes »keinen Schlechten«, mag diesen aber »nicht so« und kritisiert, dass dieser »ohne Kiffen kein Mensch« sei, sondern »nur ’n halber« (ebd.). Auch wenn Mattes allein in dem »Geisterhaus« wohne und wie der »Geist bei Tage« aus dem Fenster gucke (Jonny 1), wirkt er auf Jonny sozial gut eingebunden, hat »seine Leute«, die mit ihm am »großen runden Tisch« zusammensitzen.

Nur eine Minderheit der Alleinlebenden pflegt untereinander intensivere soziale Beziehungen mit gegenseitiger instrumenteller, emotionaler oder sozial-geselliger Unterstützung (vgl. Petermann 2001: 33). Das einzig zu identifizierende soziale Netzwerk mit verbindlichem Charakter ist der Freund:innen- und Bekanntenkreis um Mattes, Anna sowie die *unentdeckt* verstorbenen Volla und Marius. Diesem Netzwerk gehören

auch weitere Personen von außerhalb an sowie die in der Straße wohnenden Mitglieder Zugang zu *räumlich dispersen Netzwerken* haben (vgl. Petermann 2015: 183). Es ist nicht ungewöhnlich, dass Anna mitunter vier Wochen »verschwunden« ist, auch Mattes geht manchmal – so wie der verstorbene Marius – für eine Woche auf »Trallafitti«, ohne sich zuvor bei anderen abzumelden. »Bei bis zu 'ner Woche, da kümmert sich keiner drum. Ich geh auch mal 'ne Woche auf Trallafitti, da frag ich auch nich vorher, ob ich weggehen darf.« (Mattes)

Das Miteinander zeichnet sich dadurch aus, dass der Einzelne seine Freiheit hat, und dass man sich »in Ruhe« lässt, beispielsweise in Phasen der Depression.

> »In den letzten Wochen hab ich gedacht, da hat er schon wieder schlechte Laune gehabt, depressiv (.) Ich sach, komm lass ihn einfach in Ruhe. So macht man das untereinander. Dann bekrabbelt man sich wieder nach 'n paar Tagen, nur irgendwann, wenn datt zu lange wird, dann macht man sich doch Sorgen.« (Mattes)

Das »Wir-Gefühl« der Gruppe um Mattes ist mit einer deutlichen Abgrenzung bzw. Ausgrenzung anderer Bewohner:innen verbunden. Zur Begründung werden Altersunterschiede angeführt, aber wesentlich ist die Distanzierung durch Antipathie begründet: »Ich mein, mit den ganzen alten Leuten hab ich auch nix zu tun. Manche kenn ich davon gar nich, und mit manchen will ich auch gar nix zu tun haben.« (Mattes)

Die Gruppenmitglieder geben sich gegenseitig instrumentelle, soziale und emotionale Unterstützung, wenn diese angefragt wird. Die geselligen Aktivitäten und der regelmäßige Austausch erhöhen das Wohlbefinden und vermitteln Zugehörigkeit und Anerkennung. Die Beisetzung von Marius wurde gemeinsam besucht und anschließend hat sich der Kreis bei Mattes getroffen, »gefeiert« und die Trauer über dessen Tod gemeinsam bewältigt.

> »So schlimm das war. So oft wir uns auch gefetzt ham. Wir lagen uns hier mit zehn Mann inne Arme und ham alle geheult. (.) Das hat mich getroffen. Das war ein sehr lieber Kerl. Das war er. Fertich mit der Welt. Aber auch wenn er nix mehr hatte, ein sehr lieber, fairer Mensch. Ehrlich. Lieb. (.) Lustig. (…)« (Mattes)

Andere Beziehungen zwischen einzelnen Nachbar:innen sind auf Zeiträume begrenzt und erscheinen weniger komplex. Im Vordergrund stehen entweder gemeinsame Freizeitaktivitäten oder instrumentelle Unterstützung bzw. Nachbarschaftshilfe. Tarik und Lori verbringen manchmal einen Abend bei Bier und Musik. Auch Jonny hat sich gelegentlich mit den Verstorbenen Thorsten und Marius getroffen, um zusammen Musik zu hören oder gemeinsam zu essen. Mit seiner Freundin, die er meist nur »Meine« nennt, hat er »lustige« Unterhaltungen mit der verstorbenen Silke in seiner Wohnung geführt: »Dat war immer lustig, wenn wir hier zu dritt saßen. Die Unterhaltung mit Meine und die Silke (.) Ich durfte so ungefähr in der Küche sitzen. (lacht) Da war schon ein bisschen Stimmung.« (Jonny 3)

Jonny gibt an, alle drei Verstorbenen mit Essen, Geld, Tabletten oder Sonstigem unterstützt zu haben. Es ist nicht einzuschätzen, ob es sich um altruistische Nachbarschaftshilfe oder aber um die eigenmotivierte Bewältigung einer durch Einsamkeit und soziale Isolation gekennzeichneten Lebenslage gehandelt hat. Die nachbarschaftlichen Beziehungen von Jonny zu anderen sind alle durch kurzzeitige Intensität charakteri-

siert, die sich schnell entwickelt und wieder löst. Für den plötzlichen Kontaktabbruch gibt es – so wie zwischen Jonny und Thorsten – nicht immer erkennbare Auslöser, und manchmal scheinen auch geringe Anlässe ursächlich zu sein: »Ja, sacht Meine, is ja nicht schlimm, sacht se. Ich hab ja jetz ne Freundin gewonnen, sacht Meine, neh? Die Nachbarin is ja meine Freundin geworden. Und dann war da auf einmal Schluss. Dann war da nichts mehr. Und dann ham se sich in die Haare gekriegt, so am Telefon.« (Jonny 3)

Portrait Jonny

Jonny ist 1951 in der Region geboren, körperlich eher klein und von schmaler Statur. Er ist ledig und hat keine Kinder. Seinen Lebensunterhalt finanziert er durch Altersrentenbezüge; zuvor hat er einige Jahre von Sozialhilfe gelebt. In der Straße wohnt er seit ca. 2010, zunächst in der mittleren Etage und seit 2017 im Erdgeschoss desselben Wohnhauses. In der Wohnung der ersten Etage war er wie im »Käfig« »eingeschlossen und einsam«. Seit dieser Zeit hat er massive Ängste und eine Depression. Seine Persönlichkeit beschreibt er selbst als »rebellisch«, bei Ärger droht er körperliche Gewalt an, auch wenn er wegen seiner vielfältigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht mehr »kämpfen« und sich »nicht wehren« kann. Sein gesundheitlicher Zustand verschlechtert sich zunehmend, insbesondere die Luftnot belastet ihn. Trotzdem schafft er es nicht, mit dem Rauchen aufzuhören, obgleich er sich für einen willensstarken Menschen hält. Seine Mobilität ist stark eingeschränkt; am Rollator kann er sich mit Unterstützung fortbewegen. Er nimmt verschiedene starke Medikamente, Betäubungsmittel gegen die Schmerzen sowie Psycho-Pharmaka, ein. Immer wieder wird er für Tage oder Wochen im Krankenhaus behandelt. Für die Alltagsbewältigung hat er professionelle Unterstützung: Zwei junge Männer für Einkäufe und Arztbesuche und eine »Managerin« (»Streetworkerin«, »Sekretärin«), die sich um die Organisation und die Veranlassung von Hilfen kümmert. Allein kann er das Haus nicht mehr verlassen; stattdessen bewegt er sich »ein bisschen« in seiner Wohnung. Seine Freundin ist zehn Jahre jünger, ebenfalls multimorbid, psychisch instabil und alkoholabhängig. Wenn sie nicht im Krankenhaus ist, besucht sie ihn mehrmals in der Woche, oder die beiden telefonieren lange. Jonny stört sich nicht an lauten Geräuschen der Nachbar:innen, stellt anderen keine Fragen, und kümmert sich nicht, wenn sich beispielsweise seine »Bandidos« schlagen. Jonny bezeichnet sich als »Boss« und »Onkel der Bandidos«, einer Gruppe von »Einzelkämpfern«, die ihn manchmal mit Bier besuchen und von ihm selbstgekochtes Essen bekommen. Er möchte seine Ruhe haben, da er genug mit sich selbst zu tun habe. Er betont, dass er gerne hilft und dafür keine Gegenleistung erwartet, weil er selbst Zeiten der Not erlebt hat. Jonny ist in einem strengen, von andauernden Konflikten geprägten Elternhaus mit sechs Brüdern und zwei Schwestern aufgewachsen. Er hat in der Landwirtschaft gearbeitet und auch als Friedhofsgärtner im Betrieb seiner Tante. Er ist früh von zu Hause ausgezogen und war fast zwei Jahrzehnte obdachlos. Er hat sich im »Milieu« bewegt, hat »gesoffen«, geraucht, war »beleidigend« und »angreifend«, hat »in fremde Leutes Blumenbeete gepinkelt« und »gegen Aschentonnen getreten«. Den Absprung aus dem Milieu und vom Alkohol hat er durch die langjährige Tätigkeit als Wanderschäfer geschafft. Jonny mag Tiere, vor allem Katzen, weil sie ihn an zu Hause erinnern und »auch ’n bisschen was von

der Depression« nehmen. Er nennt sich Jonny oder Cowboy, weil er Pferde besessen und Westernreiten gemacht hat[11].

Brüchige Biographien und multiple Problemlagen[12]

Die befragten Bewohner:innen haben von sich selbst und von der Nachbar:innenschaft erzählt und viele Details offenbart. Insgesamt sind in den Erzählungen ca. 50 lebende oder verstorbene Personen aus der Straße erwähnt. Manche werden mit ihrem Namen benannt, viele andere anhand prägnanter Kennzeichen beschrieben. Die erwähnten Bewohner:innen haben zu unterschiedlichen Zeitpunkten in der Straße gelebt, manche für die Dauer von Jahren und andere lediglich für wenige Wochen. Die Befragung von Jonny erfolgte zu drei Zeitpunkten, so dass sich hierdurch die Eigentümlichkeit ergibt, dass Jonny zunächst von Begegnungen mit Volla und Silke berichtet und dann beim nächsten Treffen über deren Tod spricht.

Die Portraits von Lori, Tarik und Jonny stehen stellvertretend für den Mikrokosmos dieses Straßenteilstücks. Die berichteten Lebensgeschichten erscheinen brüchig und sind durchsetzt mit kritischen Lebensereignissen und -phasen. Die Alle verbindende Einkommensarmut geht mit differenten psychischen und/oder körperlichen und/oder sozioemotionalen Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen und/oder weiteren Problemlagen (z.B. Arbeitslosigkeit, Suchtmittel-Abhängigkeit, Verwahrlosung, Gewaltneigung, Kriminalität) einher. Typisch ist die Komplexität der individuellen Belastungen. Es gibt Hinweise, dass die hohe eigene Belastung mit einer Abwehr bzw. Abgrenzung gegenüber den Problemlagen der Nachbar:innen verbunden ist (Jonny 1, in Bezug auf Thorsten): »Hat sich scho' ma so'n bisschen so anvertraut, aber ich will das alles so gar nich wissen. Ich hab auch Probleme (.)«

Einsames Sterben

Der Tod von Bewohner:innen ist in der »Straße der Toten« (Jonny 2) ein regelmäßig wiederkehrendes Ereignis. Es findet kaum Beachtung, wenn ›namenlose‹ Nachbar:innen verstorben aufgefunden werden, auch nicht, wenn dies erst Tage nach Todeseintritt geschieht. Es wird als logische Konsequenz empfunden, dass einsame und sozial isolierte Personen unbemerkt sterben: »Ansonsten ist das ja tatsächlich so, dass die vereinsamt sind, keinen Menschen haben und keiner mitkriegt, wenn die sterben.« (Mattes) »Jo, Gott, warum denn auch? (.) Wenn der doch kei:n' mehr hat. Keine Geschwister und so. Mein Gott. Dann is' datt halt so. Dann hat er eben Pech gehabt.« (Jonny 1)

Da es nicht ungewöhnlich ist, dass sich auch einander vertraute Nachbar:innen längere Zeit nicht begegnen, werden andauernde Abwesenheiten nicht sofort mit Verwunderung oder Argwohn wahrgenommen. Abhängig von den üblichen Lebens-

---

11 Jonny ist Ende 2019 verstorben und wurde von seiner Freundin am Folgetag seines Todes aufgefunden.

12 Der Begriff rekurriert auf einen Film des gemeinnützigen Vereins bodo e.V. aus dem Jahr 2016, in welchem fünf Verkäufer:innen des sozialen Straßenmagazins bodo bei ihrer Arbeit und danach gezeigt werden und über ihre »brüchigen« Lebensgeschichten berichten.

und Beziehungsroutinen können Irritation und Sorge des sozialen Umfelds bei ausbleibenden Lebenszeichen verhältnismäßig spät einsetzen. Der Freund:innen- und Bekanntenkreis des verstorbenen Marius hat ca. zwei Wochen nach dem letzten Kontakt begonnen, Nachforschungen anzustellen, die mit jedem weiteren Tag intensiviert wurden. Mattes hat auch versucht, durch das Fenster in dessen Wohnung zu schauen. Im Fall von Micha hatte er den Verstorbenen auf diese Weise vier Wochen nach dessen Tod als »so'n Haufen, schwarze Matsche« entdeckt (Mattes).

> »Ja, drei Wochen kann man noch gut erklären. Man wundert sich in der Zeit, aber man unternimmt ja nicht sofort etwas, wenn man jemanden mal nicht sieht. Und das war bei ihm ja noch nicht mal außergewöhnlich, wenn er weg war. Da war er gut für, dass er sich ma zwei Wochen ausklinkt. Aber drei Wochen, das wurd uns dann doch zu viel. Da ham wir uns Sorgen gemacht und alle Leute angerufen. Aber bis zu zwei Wochen, da haben wir nichts unternommen.« (Anna)

Die Polizei zu verständigen wird als letztes Mittel angesehen und ist fast schon von der Gewissheit begleitet, dass etwas passiert ist. Mattes und Anna zeigen sich irritiert, dass die Polizist:innen zur Öffnung der Wohnung ›überredet‹ werden müssen.

> »Ja, aber beim Marius haben wir uns dann Sorgen gemacht. Und die Polizei mussten wir ja auch noch überreden, dass die da rein gehen. // B2: Das hast du ja gemacht. // Die ham die Nachbarn befragt: Ja, der is öfter mal wech. Ich sach: Trotzdem, da stimmt was nicht. Und dann mit seiner Krankheit. Nach längerem Bequatschen haben sie dann gesagt, wir gucken doch mal. Die ham dann die Feuerwehr gerufen. Die hat die Tür aufgebrochen. Und später dann auch ein neues Schloss eingebaut. Irgendwie so war das dann. Erst wollten se nämlich gar nicht gucken. Da riecht nichts. Und die haben gefragt, und wir haben gesagt, der ist öfter mal weg. Als wir das dann mit der Krankheit erzählt haben, dass das schon komisch ist. Und dass wir auch die ganzen Bekannten und Freunde schon abtelefoniert hatten, da ham se dann gesagt: Jetzt wird mal geguckt.« (Mattes/Anna)

In den Fällen der *unentdeckt* verstorbenen Thorsten und Silke hat es dagegen sowohl eine starke Geruchsentwicklung als auch Fliegenbefall infolge der Leichenverwesung gegeben. Die Mitbewohner:innen nahmen diese Anzeichen wahr, fühlten sich dadurch belästigt und suchten nach Erklärungen, so dass der Gestank im Hausflur beispielsweise mit Problemen in der Kanalisation erklärt wurde. Letztlich wurden diese Beeinträchtigungen der eigenen Lebensqualität mehrere Monate ertragen, bis schließlich durch die Initiative Einzelner die Polizei verständigt wurde.

Ein weiterer Hinweis kann durch übervolle Briefkästen gegeben sein. Anna schließt dies für Marius aus, da dieser im Monat meist nur einzelne Behördenschreiben erhalten habe. Hinsichtlich der Briefkästen der anderen Verstorbenen wurden von den Mitbewohner:innen ebenfalls keine Auffälligkeiten bemerkt. Der langjährige Postbote bringt überfüllte Briefkästen nicht mit *unentdeckten* Toden, sondern eher mit »Urlaub« oder »Krankenhaus-Aufenthalten« in Verbindung. Insgesamt habe er jedoch ein mit den Jahren angewachsenes »Chaos mit der Post« bemerkt. Viele Briefkästen seien kaputt und können nicht mehr verschlossen werden. Andere seien ohne Namen oder mit den Namen von ehemaligen Bewohner:innen versehen. In allen Häusern lägen unbeachtete

Poststücke auf dem Boden. Er habe sich angewöhnt, alle Poststücke mit passender Adresse in den entsprechenden Häusern zu deponieren, da er nicht mehr überblicken könne, ob die Betreffenden noch am Ort wohnten oder schon weggezogen seien.

Unentdeckte Tode

Im Zeitraum 2008 bis 2018 sind in dem Straßenteilstück insgesamt zehn *unentdeckte* Todesfälle mit einer Liegezeit zwischen zwei und mehr als 200 Tagen belegt. Abhängig von der Liegezeit lassen sich fünf der Fälle der ›grünen‹ (Liegezeit ≤ 7 Tage), drei der ›gelben‹ (Liegezeit ≤ 28 Tage) und zwei der ›roten‹ Kategorie (Liegezeit >28 Tage) zuordnen. Der Median der Liegezeit liegt bei 9,5 und der arithmetische Mittelwert bei 35 Tagen. Acht der *unentdeckt* Verstorbenen waren Männer mit einem durchschnittlichen Todesalter von ca. 59 Jahren bei einer Spannweite von 43 bis 72 Jahren. Die verstorbenen Frauen waren 65 und 70 Jahre alt und ihr Familienstand »geschieden/getrennt« bzw. »ledig«. Auch bei den Männern dominieren bei den bekannten Familienständen »ledig« und »geschieden/getrennt« mit gleicher Anzahl. Was die Todesarten anbelangt, so ist von mindestens einem »Suizid« und zwei »Hungertoden« in Folge unzureichender Unterstützung auszugehen.

Die folgende umfassendere Betrachtung konzentriert sich auf die drei *unentdeckten* Todesfälle, welche zwischen Februar 2017 und März 2018 bemerkt wurden. Im Einzelnen handelt es sich um zwei 53- bzw. 54-jährige Männer, die nach 207 bzw. 21 Tagen aufgefunden wurden, sowie eine 65-jährige Frau mit einer Liegezeit von 56 Tagen.

Die Wohnungen der Verstorbenen befanden sich in unterschiedlichen, teils benachbarten Häusern, zweimal im Erd- und einmal im Dachgeschoss. Sterben und Tod vollzogen sich in der Verborgenheit des privaten Raums. Es ist zeitlich nicht eindeutig zu bestimmen, wann die ausbleibenden Lebenszeichen bzw. die Belästigungen durch Geruch und Insektenbefall erstmalig wahrgenommen wurden. Letztlich wurde die Polizei in allen drei Fällen durch die Initiative der Nachbar:innenschaft informiert.

Portrait Thorsten A. – *unentdeckt* verstorben im Kontext sozialer Isolation

Der 1963 in Niedersachsen geborene, ledige Thorsten hat ca. sechs Jahre in der Mansardenwohnung des mittleren Wohnhauses gewohnt. Er ist im August 2016 verstorben und im Februar des Folgejahres aufgefunden worden. Bereits im Herbst sind Jonny und dem direkten Nachbarn Micha G. der starke Fliegenbefall sowie der Verwesungsgeruch aufgefallen. Monate später verständigt Micha G. nach Rücksprache mit Jonny die Polizei:

> »Und dann aber is klar, is ’n penetranter Geruch (.) das geht durch (.) datt klingelt im Kopf (.) die Maden (.) die Fliegen (.) ja, ja (.) Ich frach: Wo sind denn die Fliegen her? Da sacht das Arschloch von G. (.), der Micha, der is’ jetz’ auffe Arbeit. Der hat jetz ’ne Arbeit gekriecht. Der is’ auffe Knie gerutscht hier auf’m Arbeitsamt und hat gesagt: Gibt mir doch Arbeit. Und jetz’ hatta Arbeit. Auch so’n Durchgeknallter. (.) Sachta: Die ganzen Fliegen, die kommen alle von deinem Kühlschrank. Ich sach: Gleich klatsch ich dir eine. Datt Essen war noch gut. Ja, aber überall stinkt datt so penetrant. Wo kommt datt **her**? Ja, ich sach, Tret’ doch die Tür ein beim Thorsten. Vielleicht liegt der da, neh, so sachte ich. Watt weiß ich. Kann’se vor die Tür treten.

> Du darfs' datt, mach' ma. Hat er aber nich' gemacht, hat aber die Polizei gerufen. Ich sach: Ruf doch die (Wohnungsgesellschaft) an, die hat doch vielleicht noch 'n Ersatzschlüssel für die Wohnung. Der Micha, aber der hat sich ja dann um alles gekümmert.« (Jonny 1)

Von den Tatortreinigern wird der Zustand von Thorstens Wohnung als sehr verwahrlost und ekelerregend beschrieben.

> »Der soll ja fürchterlich gewesen sein. Die von der (Firmenname), die kannten mich, und (.) die zwei Polen und ein Deutscher. Einen Deutschen von (Ort). Der kannte mich von irgendwo her, und naja, boah, sacht er, du hörma, der hat überall hingekackt, überall hat der seine Haufen liegen lassen, auf'n Boden, aufe Fliesen, dann da (.), wo er geschlafen hat, dann ham se mir da so (.). Der hat Fotos auf sein Komorka, datt is polnisch für Handy, und dann hat man auch den Kreis gesehen, wo er so gelegen hat. Datt war schon alles so in Teppich drin (.) interessant (.) datt is dann so in Teppich drin und dann so (.) die Haufen, die er überall gemacht hat. Datt brennt ja. Ja, die war'n fertich. Der eine hatte schon @Pickel aufe Zunge gekricht@. Der sacht, ich kann nich essen, ich hab Blasen auf der Zunge, vor lauter Ekel, neh?« (Jonny 2)

Der verstorbene Thorsten A. wird als sehr großer und schwerer Mann und insgesamt als Antipathien erweckende Erscheinung beschrieben.

> »Er hat ja auch nich (.) irgendwie watt ausgestrahlt (.) so (.) watt Sympathisches oder so (.) muss ich sagen, war so (.) Der war ja fast so wie 'n Urmensch (.) mit so la:nge Haare (.) Er war so friedhofsblond (.) und dann so lockig. Der konnte auch nich lächeln. Ich glaub, der is ohne Lächeln zur Welt gekommen. Datt ham 'se ihm wohl nich beigetan.« (Jonny 1)

Bei der Erinnerung an Thorstens Anblick, fühlt Jonny (1) sich wegen des großen Sacks auf dessen Rücken an einen »Nikkelaus im Sommer« erinnert. Thorsten hat sehr zurückgezogen und weitgehend isoliert gelebt. Die meisten Bewohner:innen aus den benachbarten Wohnhäusern können sich nicht an ihn erinnern. Anna vermutet, dass sie Thorsten über viele Jahre nicht gesehen habe, weil dieser »immer nur kurz durchgehuscht und sofort in seine Wohnung hinein gegangen« sei. Jonny (1) ist sich unsicher, ob Thorsten keine Freunde wollte, oder aber keine gewinnen konnte. Er tendiert aber eher dazu anzunehmen, dass sich andere – wie beispielsweise seine »Bandidos«, ehemalige Nachbar:innen und Arbeitskolleg:innen wie auch Frauen im Allgemeinen – mehrheitlich von ihm »abgestoßen« fühlten und keinen Kontakt wünschten.

> »Ne, ne, ne den hat keiner geheiratet, den mochte keine Frau, der war irgendwie so'n bisschen anders, also nich vom andern Ufer, so 'n Hinterlager war er nich. Ne, aber die [Bandidos] mochten ihn hier nich. Ich sach »Ihr kennt ihn doch gar nich. Wie könnt ihr da sagen, ihr mögt ihn nich? Habt ihr euch ma mit ihm unterhalten, ihr Pfeifen? Ich sach, Ihr seid doch selba krank.« (.) Ja, abba, weiß ich nich. Der hatte ma so 'ne Arbeit in so 'nem Freizeitpark, ach datt war in (Ort), und da hat man ihm auch nich gemocht. Die ham ihn alle so= (.)«

Thorsten war scheu und ist anderen aus dem Weg gegangen. Er hat sich in keiner Weise aggressiv, »schlecht« oder »verkorkst« verhalten: »Der hat ganz für sich alleine gelebt, der war harmlos. Der konnte noch nich' ma 'ne fette Fliege an der Wand töten, (.) hatta weggerufen.« Jonny (1) beschreibt ihn weiter als »ruhigen«, »sehr zufriedenstellenden«, »versiegelten« oder auch »verschlossenen« Menschen, der nur das Notwendigste gesprochen und von sich selbst nur wenig berichtet hat. Daher könne er über den Verstorbenen auch nur wenig erzählen.

Jonny nennt Thorsten »anders« und sucht mehrfach vergeblich nach einem passenden Ausdruck, um Thorstens sonderliches Wesen näher zu beschreiben. Jonny (1) selbst konnte mit ihm »umgehen« und »wusste, wie man ihn nehmen« musste. Einige Zeit hat Thorsten Jonny häufiger in seiner Wohnung besucht, dort Essen bekommen und seine schmutzige Wäsche gewaschen. Während dieser Besuche hat Thorsten sich Jonny gegenüber ein »bisschen so anvertraut« und von seinen »Problemchen« berichtet (Jonny 1). Irgendwann endeten Thorstens Besuche bei Jonny abrupt, vermutlich deswegen, weil sich seine finanziellen Probleme durch das Sammeln von Leergut verringert hatten. »Der war immer traurich, denn der hatte keine Freunde geha:bt. Dann bin ich 'n bisschen so (.) anfangsweise (.) bin ich seine Vertrauensperson geworden (.) und dann (.) wie abgebrochen (.) hinterher (.) wie abgebrochen (.)« (Jonny 1)

Wenn Thorsten von Jonny auf Frauen angesprochen wurde, errötete er. Allem Anschein nach beschränkten sich seine Annäherungen auf die Beobachtung des Trainings der Damen-Fußball-Mannschaften in einer benachbarten Stadt.

Die meiste Zeit hat Thorsten allein in seiner Wohnung verbracht. Er war alkoholabhängig und hat regelmäßig große Mengen Bier und »Feuerwasser« konsumiert (Jonny 1). Interessen oder Hobbies sind nicht bekannt. Insgesamt hat Jonny, der in der Wohnung unter ihm gelebt hat, nur wenige Lebensgeräusche wahrgenommen. Manchmal sei Thorsten etwas aus der Hand gefallen, oder aber Jonny hat ihn nach seiner Rückkehr im Hausflur rumpeln hören.

Bei der letzten, zufälligen Begegnung war Thorsten gesundheitlich beeinträchtigt und deutete Schmerzen in der Brust an. Es ist nicht bekannt, ob er in der Folge medizinische Unterstützung gesucht hat.

> »Ich sach: Du siehs so blass aus. Wirklich (.) blass, im Gesicht. Die Hände so wie meine, so leicht angebräunt. Im Gesicht, gefälls du mir nich, ich sach= Ich hab in der letzten Zeit schomma so 'n. (Fasst sich mit beiden Händen an die Brust) Dann geh nach'm Doktor. Hasse 'n Doktor? Ja, nein, bin ich. Ich sach: (Name der Straße), Doktor (Name), da bin ich (.) Patient (.) sehr zufrieden.« (Jonny 1)

Thorsten ist als Einzelkind in einem strengen Elternhaus aufgewachsen. Insbesondere die Beziehung zum Vater, der ihn auch geschlagen hat, war schwierig. Jonny weiß von Aushilfstätigkeiten, nicht aber von einem erlernten Beruf, meint aber, dass Thorsten »etwas auffe Scheibe« gehabt habe (Jonny 1).

Der ebenfalls *unentdeckt* verstorbene Marius M. war – abgesehen von depressiven Episoden – im Gegensatz zu Thorsten A. ein offener und kontaktfreudiger Mensch, der verschiedene Sozialbeziehungen innerhalb und außerhalb der Nachbar:innenschaft pflegte. Die Befragten erinnern verschiedene Erlebnisse und Begegnungen mit Marius.

Portrait Marius M. – versehentlich *unentdeckt* verstorben

Marius wurde 1963 in der Region geboren und wohnte seit ca. sechs Jahren in der Straße. Er ist im Oktober 2017 ca. drei Wochen nach Todeseintritt aufgefunden worden. Als Todesursache wird Organversagen angenommen, aber auch ein Suizid ist nicht ausgeschlossen (Mattes). Kurz vor seinem Tod hat Marius Anna angerufen. Als diese später zurückrief, war er nicht mehr zu erreichen (Anna).

Marius wird als durchschnittlich großer und schlanker Mann beschrieben mit längeren dunkelblonden, leicht lockigen Haaren und mit Gesichtsbart. Er gehörte dem Kreis um Mattes und Anna an und hat mit diesen regelmäßig in größerer Runde oder zu zweit – beispielsweise mit gemeinsamen Essen oder Philosophieren – Zeit verbracht. Von den Befragten wird er übereinstimmend als »tofter«, »lieber«, »guter«, »ehrlicher« und »hilfsbereiter« Mensch beschrieben, mit dem man etwas unternehmen und »lustig« sein konnte (Mattes; Jonny 2). Aber auch die »schwierigeren« Seiten seines Wesens werden angesprochen. Er sei »fertich mit der Welt«, eigenwillig und oft auch unzuverlässig gewesen (Mattes; Anna). Immer mal wieder sei er plötzlich verschwunden oder habe spontan etwas anderes unternommen.

Einzelne problematisierte Charakterzüge scheinen mit seiner depressiven Erkrankung zusammenzuhängen, die anscheinend auch von manischen Phasen unterbrochen war. Marius wird als antriebsschwach bzw. »zu faul«, aber auch als ein sehr kreativer Mensch beschrieben, der viele verschiedene Dinge zeitlebens angefangen habe und immer wieder neue Ideen für zukünftige Projekte entwickelte (Mattes; Jonny 2). In seiner Wohnung hatte er mehrere Gitarren, mit denen er vor allem Punk-Musik gemacht hat. Außerdem hat Marius gemalt und beispielsweise die Wände seiner Wohnung mit Tribals und Figuren verziert (Mattes/Anna). Es ist auch vorgekommen, dass Marius viel Zeit am Computer verbracht und sich für »eine Woche rar gemacht« hat (Mattes).

Marius hat immer wieder depressive Episoden durchlebt, die sich im Verlauf des letzten Jahres vor seinem Tod – und in Folge des weitgehenden Verzichts auf Drogen und Alkohol – verstärkt hatten (Mattes/Anna). Mattes hat ihn in diesen Phasen »in Ruhe« gelassen und abgewartet, bis er sich nach ein paar Tagen wieder »bekrabbelt« hatte.

Marius hat mehr als vierzig Jahre »harte« und »weiche« Drogen sowie auch regelmäßig viel Alkohol konsumiert. Drei Mal wurde er von Ärzten ins Leben »zurückgeholt«. Ungefähr ein Jahr vor seinem Tod wurde eine Pankreatitis (Entzündung der Bauchspeicheldrüse) diagnostiziert. Marius musste Medikamente nehmen, auf Alkohol und Drogen verzichten sowie auf seine Ernährung achten. Mattes und Anna hatten den Eindruck, dass er sich weitgehend an diese Vorgaben gehalten, und dass sich sein körperlicher Zustand in den letzten Monaten verbessert hatte. Jonny (2) erzählt, dass sich Marius einige Male bei starken Schmerzen und Angstzuständen selbst behandelt habe. »Jonny, sacht er, ich hab so Schmerzen und ich hab auch so Angstzustände. Dann gab ich ihm meine Tabletten, so

kleine blaue. Ich sach, du nimm nich zwei, nimm eine. Ei:ma hat er zwei genommen (.) Ihnen darf ich datt doch sagen dürfen? Ja:a; egal, da is ihm allet ausse Hand gefallen.«

Jonny nennt Marius »einen guten Kumpel«. Er habe sich immer »°ach Mann°, wie so'n alten König« gefreut, wenn Marius sich bei ihm zurückgemeldet habe. Dies geschah vor allem, wenn der »Freundschaftssegen« zwischen Mattes und Marius »so'n bisschen zerbrach«, oder wenn Marius Geld, Essen oder Tabletten benötigte. Jonny (2) hatte den Eindruck, dass Marius gerne in seiner einfach möblierten, sauberen Wohnung zu Besuch war: »Bei dir is datt so ordentlich, sacht er. Ich möchte auch so leben wie du. Datt is so sauber, sacht er. (.) Wenn er kam, hat er immer den Schrank im Auge gehabt. Dann wollt er datt Leben so haben, so wie ich, neh?«

Marius Wohnung wird als »furchtbar«, »Chaos pur, da wollten Se nich leben« und »voll Messi-Chaos« beschrieben (Mattes; Jonny 2). Die Matratze, auf der er geschlafen hat, war umgeben von Müllsäcken. Auch das Rattenproblem in seiner Wohnung ist Marius nicht konsequent angegangen:

> »Ich weiß nich, ob das bezogen auf die Wohnsituation war, weil der da mit der Matratze so hoch (hält die Hand etwa einen Meter über den Boden) im Müll steckte, oder weil er so aussah, wie er aussah. Vielleicht. Der hatte ja tatsächlich Ratten inne Bude. Die kamen ja durch den Abfluss dadurch. Immer wieder hatte der Ratten. War mal vor zwei Jahren eine ganz schlimme Zeit, da hat er 'ne Ratte im Backofen, Backofen zu und an, bis die kaputt war. Da wimmelte das von Ratten. Ich kam da rein, (pfeift) und Ratte weg. Ich sach, bist du doof, raus hier ausse Bude. Raus hier ausse Bude. Das ist doch nicht dein Ernst. Er hat dann auch irgendwas gemacht. Aber der is die nich mehr los geworden. Weiß ich nicht, was die da gemacht haben.« (Mattes)

Das Angebot zur Unterstützung bei der Entrümplung seiner Wohnung durch den Freund:innenkreis hat Marius abgelehnt und wollte stattdessen das Ganze durch seine Betreuer:in organisieren lassen. Marius hat sich selbst um die gesetzliche Betreuung bemüht, da es ihm wichtig war, bei Behördengängen begleitet zu werden (Mattes/Anna). Seine Betreuer:in hat Marius zwar öfter besucht, aber in der Unterstützung auch »was versäumt« (ebd.). Allerdings wurde sie auch von Marius nicht immer hereingelassen (ebd.).

Mattes hat Marius über Volla kennengelernt und fand ihn sofort sympathisch. Die beiden haben viel Zeit miteinander verbracht, aber keine »Feinheiten« aus ihren Leben ausgetauscht. Mitunter habe man sich auch gestritten wie beispielsweise zu dem Zeitpunkt, als sich Marius um den »verflohten« Hund einer Bekannten gekümmert habe, aber die Freundschaft der Beiden sei dadurch niemals in Frage gestellt gewesen.

> »Kein Mensch wollte mehr was mit ihm zu tun ham. Der durfte auch nirgendwo mehr hin mit dem Hund. Wir sind alle abgehauen. Ich hab wochenlang nich geschlafen, wegen den Scheiß. Ich hatte alles voll. Ich musste mir so viele Chemie-Bomben hier rein hauen. Hab ich fast hundert Euro bezahlt für den Scheiß. Hab ich auch mit ihm rumgeschimpft. So Sachen sind natürlich auch vorgekommen. So war er bester Freund= den anderen Tag schon wieder vergessen.« (Mattes)

Mattes hat Marius Tod »getroffen«, und er vermisst ihn sehr. Es kommt erschwerend für ihn hinzu, dass auch weitere Freunde und Bekannte im Verlauf des Jahres 2018 verstorben sind oder im Sterben liegen.

> »Also, alles Scheiße. Dieses Jahr, also letztes Jahr war richtig hardcore. Und dann war'n noch zwei andere Kumpels oder drei. Die wohn' zwar nich hier. Auch innerhalb von einem Monat drei Leute verstorben. Alles seit Sommer. Das sind jetz fünf oder sechs Leute. Sieben sogar. Also von uns jetz, von unseren Bekannten. Ja, und jetz zum Schluss noch ma die Mutter von der Anna von da drüben. (stöhnt) (…)«

Marius hat eine weitgehend »tofte« Kindheit erlebt (Mattes), wobei die Beziehung zu seinem Vater, einem Künstler, intensiver war als zu seiner Mutter. Der Vater ist früh verstorben, zu seiner Mutter ist der Kontakt abgebrochen wie auch zu seinem älteren Bruder, der sich bereits langjährig in Haft befindet. Marius ist jung aus dem Elternhaus ausgezogen und in seiner Jugend mit harten Drogen in Kontakt gekommen. Einige Jahre hat er zusammen mit seinem besten Freund Matthias, zu dem er bis zu seinem Tod Kontakt pflegte, in einer Punk-Band gespielt, später dann eine »Diskothek« in der Region geführt, welche »aus Versehen« abgebrannt ist (Jonny 2; Mattes).

Marius hat keine Ausbildung abgeschlossen, sondern verschiedene Berufstätigkeiten ausgeübt, darunter auch Fahrten mit dem Auto, obwohl er keinen Führerschein hatte. Marius hat in den 1990er Jahren geheiratet und mit seiner Ehefrau Lea einen Sohn und eine Tochter bekommen. Die Ehe wurde geschieden, aber die Verbindung zur Ehefrau bestand weiterhin. Seine Kinder dagegen brachen den Kontakt mit ihm ab. Anfang der 2000er Jahre ist Marius für sieben Jahre in den Schwarzwald gezogen und hat auch dort verschiedene berufliche Dinge ausprobiert. Von seiner Partnerin trennte er sich, als diese »zu göttlich« wurde (Mattes). Marius hat sich selbst als gläubigen Menschen bezeichnet und im Sommer vor seinem Tod Kontakt zu einer religiösen Gemeinschaft aufgenommen und sich taufen lassen (ebd.). Alle Schilderungen bestätigen, dass Marius ein intensives Leben geführt hat – zeitweise auch mehrere Wochen außerhalb des Freund:innen- und Bekanntenkreises der Straße.

Die Organisation der Beerdigung hat Marius Ex-Frau übernommen (ebd.). Am Tag der Beisetzung, einer »Armenbeerdigung« standen dreißig bis vierzig Personen an Marius Grab und eine Vertreterin der religiösen Gemeinschaft hat eine Rede zu seinem Leben gehalten (ebd.). Der anschließende »Umtrunk« fand im engeren Kreis bei Mattes statt (ebd.).

Das Portrait von Marius fußt auf dem Konsens aus Gesprächen mit mehreren Personen. Alle Informationen zu Thorsten A. und Silke H. gehen dagegen ausschließlich auf Jonny zurück. Es ist nicht zu beurteilen, inwieweit dessen subjektive Perspektive auf die beiden Verstorbenen ein sachlich angemessenes Bild hervorbringt.

Portrait Silke H. – *unentdeckt* verstorben nach resignativer Selbstaufgabe und Hungertod

Silke H. ist 1952 in der Region geboren. Sie war verheiratet und später geschieden. Zu ihrer einzigen Tochter, die »krebskrank« ist und mit ihrem arbeitslosen Ehemann in England

lebt, hatte sie keinen Kontakt (Jonny 3). In der Straße hat sie mehrere Jahre in einer Erdgeschosswohnung gelebt. Silke ist Anfang Februar verstorben und Ende März 2018 aufgefunden worden. Drei Wochen vor der ›Entdeckung‹ hatte sie Geburtstag. Zum Zeitpunkt der Auffindung befindet sich an den Fenstern ihrer Wohnung oberhalb der Gardinen noch immer die weihnachtliche Dekoration. An den Wänden um den Bereich ihrer Wohnungstür sind deutliche Spuren des starken Insektenbefalls zurückgeblieben.

Hinsichtlich des Äußeren ist bekannt, dass Silke längere, meist zusammengebundene graue Haare hatte. In ihrem letzten Lebensjahr hat sie stetig abgenommen und war schließlich von »Konfektionsgröße 42« auf »Kindergröße« abgemagert (ebd.). Jonny betont, dass Silke sich »regelrecht aufgegeben« habe, und dass es sich um einen »Hungertod« handele (ebd.). Den Anfang dieser Selbstaufgabe datiert er auf das Frühjahr des Jahres 2017. Silke hatte bis zu diesem Zeitpunkt ALG-II-Bezüge erhalten und sich durch eine Putztätigkeit für ihren Nachbarn Geld hinzuverdient. Als die Sozialtransfer-Leistungen irrtümlich einen Monat vor Rentenbezug eingestellt wurden, hat sie dagegen keinen Einspruch erhoben (ebd.): »Die konnt sich ja nich mehr wehr'n, nich'mehr laufen. Die war krank. Die war Diabetikerin.« (Jonny 3)

Silke war in einer schlechten körperlichen Verfassung, hatte Diabetes und möglicherweise auch weitere Erkrankungen. Die Beschreibung ihres Verhaltens (Rückzug, Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit) kann auch auf die Symptomatik einer Depression deuten. Ihr fehlte die Kraft zu Ärzt:innen oder zum Einkaufen zu gehen. In der ersten Zeit hat Jonny sie manchmal mit Lebensmitteln oder Tabak versorgt, später hat sie dessen Unterstützung abgelehnt und auf Essen verzichtet. Silke war nicht mehr dazu in der Lage sich selbständig zu versorgen, konnte jedoch auch nicht auf professionelle oder sonstige private soziale Unterstützung zurückgreifen (ebd.).

Mit der Zeit wurde sie so zusehends kraftloser und konnte am Rollator nur noch mühsam kurze Wege zurücklegen. Wenn Silke bei Jonny zu Besuch war, hat sie sich vor allem mit seiner Freundin unterhalten. Aber auch zu dritt hat man »immer lustig« zusammengesessen, und »da war schon ein bisschen Stimmung« (ebd.). Dieses gesellige Beisammensein hat die Stimmung von Silke anscheinend aufgehellt: »Da hat se sich so'n kleines bisschen wieder aufgelebt. Da hat sie sich darin wieder wohlgefühlt.« (Jonny 3)

Mutmaßlich hat Silke Weihnachten 2017 das letzte Mal ihre Wohnung verlassen, um sich mit Jonny und seiner Freundin zu treffen. Das Laufen fiel ihr zu diesem Zeitpunkt schon sehr schwer (ebd.). »Und da war Weihnachten. Das war das letzte Mal, dass sie dann hier noch saß. Dann kam sie nich mehr. Dann konnte se nich mehr. Die hat sich an allen Ecken festgehalten. Die war absolut abgemagert.« (Jonny 3)

Danach gab es noch einige Telefonate mit Silke, aber Jonny bemerkte, dass sie ihre Lebenskraft und -freude noch weiter verloren hatte (ebd.). »Dazwischen hab ich noch ma angerufen, aber dann (.) hat sie auch keine Freude mehr gezeigt. Ach, ich bleib liegen, sacht se, ich hab noch was zu lesen, meint sie.« (Ebd.)

In einem weiteren Gespräch zwischen Silke und Jonnys Freundin, kam es dann zu einem Streit, in dessen Folge auch der telefonische Kontakt abbrach. Jonny nahm an, dass Silke ihn und seine Freundin in Folge »links liegen« ließ. Er zeigt sich erschrocken, als er hört, dass Silke bei der Auffindung bereits zwei Monate tot war. Er war sich sicher, aus ihrer Wohnung, die direkt an die seine grenzt, Lebensgeräusche gehört zu haben.

> »Zwei Monate tot? (.) Aber ich hab doch immer mal wieder Geräusche gehört, ja (.) Vorne is ja die Küche (zeigt auf die linke Zwischenwand) und hinten is der Schlafraum (zeigt auf die rechte Zwischenwand). Bei mir is ja umgedreht. Und da ham wir= (.) manchmal hab ich Geräusche gehört. Als wenn die noch leben würd'. Und Meine= (…) Ich sach: Du, ich hab heute Geräusche gehört, vonne Silke. Ja, dann ging Meine mal rüber, hat geklingelt, aber dann keine Reaktion. (.) Wo kommen denn da die Geräusche her?« (Jonny 3)

Seine Trauer über den Tod von Silke umschreibt er wiederum mit der Tisch-Metapher als Bild für geselliges Beisammensein (ebd.): »Die fehlte ja natürlich hier am Tisch.« (Ebd.)

Einsamkeit, Ängste, Depressionen und Suizide

Die Befragten verweisen mehrfach auf eigene oder fremde Gefühle der Einsamkeit oder Angstzustände wie auch auf depressive Stimmungen und Erkrankungen, die meist nicht isoliert, sondern in Kombination auftreten. Mitunter werden die belastenden Gefühlszustände auch in den Kontext von Selbstaufgabe oder Suizid gesetzt. In den Schilderungen vermischen sich alltägliche Sprachbezeichnungen und medizinische Diagnosen, so dass keine klare Unterscheidung möglich ist. Als mögliche Ursachen für diese chronischen Gefühlslagen werden – direkt oder indirekt – gesundheitliche Beeinträchtigungen und Suchterkrankungen, Armut, soziale Probleme, Beziehungsstörungen, Beziehungsdefizite oder soziale Isolation benannt.

Die Einsamkeitsforschung (vgl. Kapitel 5.4.4) belegt, dass chronische Einsamkeit und soziale Isolation das Risiko für verschiedene körperliche und psychische Erkrankungen erhöhen – darunter Schlafstörungen, Depressionen und dementielle bzw. kognitive Beeinträchtigungen (Hawkley/Cacioppo 2010; Petitte et al. 2015; Valtorta et al. 2016). Einerseits kann andauernde Einsamkeit die Entstehung psychischer Erkrankungen begünstigen, aber andererseits ist die Gefühlslage der Einsamkeit auch Symptom von psychischen Störungen wie beispielsweise Schizophrenie oder Depression (Juckel/Schröer 2018: 2). Die Ursache-Wirkungs-Richtung lässt sich vielfach nicht eindeutig klären bzw. besteht überhaupt nicht (Svendsen 2016: 53f.). Aber nicht nur die Morbidität wird bei einer unzureichend empfundenen sozialen Integration bzw. sozialen Isolation erhöht, sondern auch die Mortalität (Cacioppo/Patrick 2011: 138; Holt-Lunstad/Smith/Layton 2010; Holt-Lunstad et al. 2015). Ein besonders hohes Risiko für einen vorzeitigen Tod, insbesondere von Männern, besteht im Falle der Koinzidenz von Einsamkeit und Depression (Holwerda et al. 2009).

Für viele der alleinlebenden Personen in der Straße ist anzunehmen, dass sowohl die bereits vorhandenen körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen die objektive soziale Isolation und das subjektive Empfinden von Einsamkeit verstärkt haben. Als auch umgekehrt soziale Isolation und chronische Einsamkeitsgefühle die Morbidität befördert haben – insbesondere dann, wenn die Bewältigung der belastenden Lebenssituation mit gesundheitsriskanten Verhaltensweisen (z.B. Alkohol, Drogen, Rauchen, ungesunde Ernährung, Bewegungsarmut) verbunden war.

In Jonnys Fall ist die sozial isolierte Lebenslage dadurch begründet, dass er infolge der Mobilitätsbeeinträchtigung die Wohnung nicht mehr selbständig verlassen kann.

Nachdem er über Jahre in seiner Wohnung in der ersten Etage »°eingeschlossen und einsam°« (Jonny 1) und wie im »Käfig« (ebd.) gelebt hat, entwickelte er eine Depression und existentielle Ängste. Ohne Kontakt und auf sich allein zurückgeworfen hat er seine »Birne bald verloren« (ebd.) und ist »bekloppt« geworden (ebd.). Durch die starken Psycho-Pharmaka in Kombination mit Morphin waren die Symptome gemindert, aber das Empfinden vorrangig, dass sein Leben an ihm »vorbeigelaufen« ist (ebd.). Auch wenn sein Alltag in der neuen Wohnung im Erdgeschoss »nun wieder runder« läuft, und er mit Unterstützung einmal in der Woche das Haus verlassen kann, leidet er noch immer an der Depression und an existentiellen Angstzuständen, die auch mit lebensbedrohlich empfundener Atemnot verbunden sind, insbesondere in den Nächten. »Echt, ich hab so Angst, so Angst hab ich (.) es will keiner sterben, sach ich mal (.) aber bei mir is datt °ganz eng°, ganz eng. Nachts hab ich Angst, da krieg ich plötzlich keine Luft.« (Jonny 2) An anderer Stelle spricht Jonny die Angst vor dem eigenen baldigen Sterben konkreter an: »Ja, ja. Datt is hier so'n To:tenhaus(.) so 'n Totenhaus. Der nächste bin ich.« (Jonny 1) Jonny hält auch seinen eigenen *unentdeckten* Tod nicht für ausgeschlossen (ebd.).

Über seine persönliche Lebenssituation hinaus sieht Jonny die Bewohner:innenschaft des Straßenteilstücks insgesamt räumlich wie sozial isoliert und abgeschnitten: »Und wir a:rmen Schweine wir wohnen hier so (.) in diese Bronx, ja klar, wir können da watt von erzähl'n. (.) °Ja, so is' datt Leben°.«

Dina wählt den Begriff des Ghettos, um die Abgeschiedenheit des Ortes und das Verlassen-Sein der »hilflosen«, räumlich segregierten Menschen zu unterstreichen. In der Straße wohnen fast ausschließlich alleinlebende Personen in sozial beeinträchtigten Lebenslagen. Viele von ihnen ähnlich isoliert wie Jonny. Teils scheinen diese »Solo-Menschen« (Mattes) jedoch weniger und seltener soziale Kontakte als dieser zu haben. Dem äußeren Anschein nach tendiert die Mehrheit dazu, eher passive (Pessimismus, Resignation, Apathie, Rückzug, Vermeidungsverhalten) als aktive Bewältigungsstrategien (Akzeptanz, Reflexion, Unterstützung suchen) zu wählen, so dass die soziale Situation aus eigener Kraft nicht verändert wird und sich die belastende Gefühlslage im Sinne eines »Teufelskreises der Einsamkeit« weiter verfestigt (vgl. Cacioppo und Patrick 2011: 127ff.). Jonny nimmt jede Möglichkeit wahr, seine Stimmung aktiv aufzuhellen. Beim Fenstergucken spricht er die passierenden Nachbar:innen an, sucht den Austausch, bietet Einzelnen in Notlagen seine Unterstützung an und lädt diese zu sich in die Wohnung ein. In der Dunkelheit lässt er das Fenster zur Straße offen, so dass ihn die Katze aus dem Nebenhaus in schlaflosen, angstbesetzen Nächten besuchen und ihm mit ihrer Ruhe »'n bisschen was von der Depression« nehmen kann (Jonny 1).

Auch die Beschreibung von Silke lässt auf chronische Einsamkeitsgefühle und/oder eine Depression schließen, wie es anklingt in Verbindung mit einer bewussten Selbstaufgabe durch den Verzicht auf Ernährung. Über ihre konkreten Motive ist nichts bekannt. Im Allgemeinen ist jedoch die Mehrheit der Suizide durch die Unzufriedenheit mit den eigenen sozialen Beziehungen begründet – und dies vor allem im höheren und hohen Alter und im Kontext psychischer Erkrankungen wie Depressionen oder Demenz (Köchert 2018: 185f.; vgl. Kapitel 5.4.5). Jonny beschreibt den sich über Monate erstreckenden Prozess der Resignation und der wachsenden Apathie. Mit der Zunahme der körperlichen Schwäche durch den Verzicht auf Essen geht auch ein abnehmendes Kontaktbedürfnis einher, bis Silke schließlich in ihrem Bett liegen bleibt und den Todeseintritt abwartet.

Der anscheinend freiwillige Verzicht auf Essen kann als eine Form des passiven Suizids aufgefasst werden. Silke scheint ihrem eigenen Tod gleichgültig gegenüber gestanden zu haben. Unter den insgesamt elf berichteten *unentdeckten* Todesfällen gibt es mindestens noch zwei weitere Tode, die ebenfalls mit freiwilliger bzw. unfreiwilliger Selbstaufgabe in Zusammenhang gebracht werden. Einerseits wird der Tod einer Frau mit psychischer Erkrankung erinnert, die auch einen Hungertod erlitten hat – vermutlich deswegen, weil sich deren Betreuer:in nicht ausreichend um sie gekümmert hat. Die Frau war ca. 70 Jahre alt und nicht (mehr) in der Lage, sich selbständig zu versorgen und hat daher immer wieder die Nachbar:innen um Essen gebeten.

> »Die is verhungert und verdurstet, weil sich da keiner drum gekümmert hat. Wir hatten ja nichts mit der zu tun, weil die war auch so'n bisschen verrückt hier. Die hat nachts aus 'm Fenster geschrien. Fenster auf. Das Wasser is wieder grün. Das Wasser is wieder grün. Auch richtich laut. Man is davon wach geworden. Deswegen, die war'n bisschen irre, aber so wohl 'ne ganz Nette, wenn man so mit ihr geredet hat. Die war durch, die Frau. Die brauchte 'nen Betreuer. Definitiv. Die ham se verhungern lassen, die Schweine. Echt. Da hab ich mich richtich aufgeregt.« (Mattes)

Auch der ehemalige Nachbar von Jonny scheint sich aufgegeben zu haben. Jonny (1) vermutet, dass sich Rudolf selbst verbrannt hat, andere Quellen weisen darauf, dass er zum Zeitpunkt des Brandes bereits sieben Tage tot war, bestätigen aber den Suizid. Jonny berichtet, dass sich Rudolf hinsichtlich seiner sozialen Bedürfnisse ambivalent verhalten habe und zwischen einem ausgeprägten Ruhebedürfnis mit sozialem Rückzug und aktiver Kontaktaufnahme gewechselt habe. Die Persönlichkeit von Rudolf beschreibt Jonny als »auch kompliziert«, »ganz schön eigenartig« und ein »bisschen verdreht«.

Auch wenn alle Todesfälle auf individuelle – beispielsweise durch die Persönlichkeit mitbeeinflusste – Bezüge verweisen, so haben die Ausführungen die Notwendigkeit unterstrichen, *einsames* Sterben und *unentdeckte* Tode nicht allein auf individuelle, sondern im Sinne eines umfassenden relationalen Verständnisses auch auf sozialräumliche und gesellschaftliche Problemlagen zurückzuführen.

9.4 Leben, Sterben und Tod im ›sterbenden‹ Sozialraum – Schlussfolgerungen

Die Sozialraumerkundung hat ein differenziertes Bild dieses Kleinraums erbracht, in dem *unentdeckte* Tode und mutmaßlich auch *einsames* Sterben ungewöhnlich häufig auftreten. Die Fall- und Felderkundung hat nicht nur die allgemeinen räumlich-materiellen und sozialen Bedingungen, sondern auch die mutmaßlichen Lebens- und Sterbeverhältnisse der (*unentdeckt*) Verstorbenen plausibel erschlossen. Die sozialräumliche Kontextualisierung verdeutlicht, dass weder das gehäufte Auftreten noch der einzelne *unentdeckte* Tod auf isolierte Ursachen zurückzuführen sind, sondern auf ein Wechselwirkungsgefüge individueller, gesellschaftlich-struktureller und sozialräumlicher Faktoren und Bedingungen.

Die Kumulation *unentdeckter* Tode geht mit sozialer Segregation einher. Die Mehrheit der Menschen am Ort hat ein geringes Einkommen und/oder ist auf Sozialtransfer-

Leistungen angewiesen. In der Straße gibt es keine soziale Durchmischung hinsichtlich der ökonomischen Verhältnisse. Es ist davon auszugehen, dass die soziale Segregation vor allem das Ergebnis unfreiwilliger Entscheidungen ist. Die Bewohner:innenschaft ist sozial benachteiligt, und es ist nicht auszuschließen, dass der sozialräumliche Kontext die individuellen Benachteiligungen verschärft. Dies ist insbesondere bezüglich der gesundheitsbezogenen Folgen anzunehmen, da es in der Straße einen sehr hohen Anteil von Anwohner:innen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen gibt. Die Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit sind belegt (vgl. Kapitel 3.3; El-Mafaalani/Strohmeier 2015: 83). Die wechselseitige Beeinflussung der Gesundheitsverhältnisse und des individuellen Gesundheitsverhaltens kann im ungünstigen Fall nicht nur die Morbidität, sondern auch die Mortalität erhöhen. Für die Mehrheit der Menschen am Ort kommt hinzu, dass sie nicht oder nur eingeschränkt über die wohl wichtigste Ressource zur Aufrechterhaltung der Gesundheit – die soziale Unterstützung – verfügen (vgl. Mielck 2012: 170f). Die vielen »Solo-Menschen« sind dem Anschein nach weder in den Sozialraum noch in sonstige soziale Beziehungen eingebunden.

Die Geschlechterverteilung liegt in der Straße bei etwa einem Drittel Frauen zu zwei Dritteln Männern. In der Gruppe der *unentdeckt* Verstorbenen ist die männliche Dominanz noch deutlicher ausgeprägt: Nur zwei der zehn Verstorbenen der Jahre 2008 bis 2018 waren Frauen, und sie erreichten zudem ein deutlich höheres Lebensalter als die Mehrheit der Männer. Die deutlichen geschlechtsbezogenen Unterschiede in der Mortalität lassen sich einerseits dadurch begründen, dass die Spanne der Lebensdauer in der Gruppe der Personen mit niedrigem Einkommen weiter ausfällt als in Gruppen mit höherem Einkommen. Andrerseits erscheinen aber auch die Auswirkungen geschlechtsdifferierender Lebensstile und insbesondere gesundheitsriskanter Lebensführung hierfür entscheidend.

In dem Kleinraum der Straße leben fast ausschließlich ressourcenarme Personen. Die Einkommensarmut geht mit multiplen sozialen Problemen und insbesondere mit gesundheitlichen (physischen, psychischen und/oder kognitiven) Beeinträchtigungen einher. Diese Einschränkungen reduzieren die Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe zusätzlich. Anders als Personen mit höheren Einkommen sind die Menschen vor Ort nicht dazu in der Lage, gesundheitliche Beeinträchtigungen oder wenige Sozialkontakte durch kostenintensive Unterstützungs-, Freizeit- oder Begegnungsmöglichkeiten zu kompensieren. Die – von vielen Auswärtigen besuchten – Freizeitangebote im Naherholungsgebiet vor der eigenen Haustür sind für die Mehrheit der Anwohner:innen weder nicht bezahlbar, für die Mobilitätsbeeinträchtigten eigenständig auch nicht zu erreichen.

Wenige Handlungs- und Kontaktmöglichkeiten forcieren eine soziale Lage, die nicht nur durch soziale Exklusion, sondern auch durch Isolation und Einsamkeit gezeichnet sein kann. Die Gefühlslage der Einsamkeit ist immer dadurch charakterisiert, dass das Beziehungsdefizit unfreiwillig und belastend erfahren wird. Einsamkeit kann unterschiedliche Ursachen haben und als emotionale, soziale, kollektive oder *Einsamkeit der sozialen Exklusion* wie auch in Kombination dieser Formen ausgeprägt sein (vgl. Kapitel 5.3). Im ungünstigen Fall fehlen zugleich enge Bezugspersonen, soziale Geselligkeit, soziale Gruppenzugehörigkeit und gesellschaftliche Teilhabe. Angesichts der Koinzidenz

und der Verschränkungen der Beeinträchtigungen ist es schwer zu fassen, inwiefern Einsamkeit eine Ursache, Folge oder Begleiterscheinung darstellt.

Die Einsamkeitsforschung unterscheidet universelle und altersspezifische Faktoren (Luhmann 2018: 72f.). Es liegt nahe, dass diese Faktoren nicht nur die Gefühlslage der Einsamkeit im Verlauf des Lebens, sondern – womöglich besonders ausgeprägt – am Ende des Lebens und in der Sterbephase beeinflussen. Die drei universellen Faktoren – Gesundheit, Partizipation und Sozialkontakte –, die als wesentlich für eine gute soziale Einbindung angesehen werden, sind für die Anwohner:innenschaft, wie dargelegt, durch erhebliche Beeinträchtigungen gekennzeichnet bzw. nicht gegeben. Sonstige einsamkeitsbegünstigende Faktoren – wie Einkommen, sozioökonomischer Status, Wohnsituation, Beziehungsstatus/Familienstand, Geschlecht oder der Erwerbsstatus – sind ebenfalls für die Mehrheit der verstorbenen wie auch der lebenden Anwohner:innen negativ ausgeprägt anzunehmen (vgl. Kapitel 5.4.6). Die Faktoren der sozialen Mobilität, der sozialen Medien bzw. der digitalen Kommunikationsmittel wie auch des Migrationshintergrunds scheinen dagegen das Auftreten *unentdeckter* Tode kaum oder gar nicht beeinflusst zu haben.

Die Forschung belegt die durch anhaltende Einsamkeit, soziale Isolation und Exklusion bedingten gravierenden Auswirkungen auf das Wohlbefinden, auf die Lebensqualität und auf die Lebenszeit (vgl. Kapitel 5.4). Die *Framingham Heart Study* (Cacioppo/Fowler/Christakis 2009) zeigt auch auf, dass Einsamkeit auf bekannte Personen übertragen werden kann, wobei die Effektstärke mit der Intensität der Beziehung und der räumlichen Nähe zunimmt. Infolge der physischen Nähe ist es nicht auszuschließen, dass sich die soziale Gefühlslage der Einsamkeit zwischen Nachbar:innen – auch bei sporadischen oder oberflächlichen Kontakten – übertragen oder im Falle zweier einsamer Personen wechselseitig verstärken kann. Die durch die Fall- und Feldforschung gewonnenen Hinweise bestätigen Einsamkeit als räumliches Phänomen. Die kleinräumliche Segregation der Einsamkeit ist auch darauf zurückzuführen, dass nur wenige Anwohner:innen Zugang zu räumlich dispersen Netzwerken haben und die Mehrheit eher auf die räumlich nahen sozialen Beziehungen angewiesen ist (vgl. Petermann 2015: 185). Insbesondere für Alleinstehende mit schwacher oder unzureichender sozialer Einbindung stellt der Sterbeort des eigenen Zuhauses in Verbindung mit mangelnder sozialräumlicher Einbindung ein hohes Risiko für Einsamkeit und Isolation und infolgedessen auch *einsames* Sterben und *unentdeckte* Tode dar. In der Mehrheit sind Männer betroffen: Dies ist einerseits durch die Dominanz in der Bewohner:innenschaft und andererseits durch geschlechtsspezifisch vorherrschende dysfunktionale Bewältigungsstrategien zu erklären (DAK 2008: 69; vgl. Kapitel 3.4).

Die mangelnden individuellen Ressourcen werden weder durch die räumlich-materiellen noch durch die sozialen Möglichkeiten des Sozialraums ausgeglichen. Im Gegenteil: Die prekären sozialräumlichen Bedingungen verstärken den Rückzug in die eigene Wohnung und werfen den Einzelnen auf sich selbst und die Unterstützung durch das persönliche Netzwerk zurück. Die notwendige Eigeninitiative zur Wendung bzw. Beeinflussung der Lebenslage erscheint insgesamt gering ausgeprägt, und viele können sich auch nicht auf informelle Hilfsleistungen durch Bekannte, Freund:innen oder Familienangehörige stützen. Die meisten Anwohner:innen erhalten jedoch professionelle Unterstützungsleistungen, wenngleich der Umfang der Hilfe durch ambulante

Pflege, Gesundheits-, Haushalts- und Sozialdienstleister auf ein Mindestmaß reduziert scheint. Die Schilderungen deuten vielfach darauf, dass die installierten Maßnahmen in der Betreuung, Begleitung und Unterstützung weder die Problemlagen ausreichend abmildern noch die gesellschaftliche Teilhabe bzw. die Befähigung zur selbständigen Verwirklichung der gesellschaftlichen Teilhabe ermöglichen (Kuhlmann 2012: 152).

Nachbarschaftliche Unterstützungsleistungen sind limitiert durch die eingeschränkten individuellen Ressourcen wie auch durch die geringe soziale Kohäsion infolge der starken Fluktuation. Andauernde Zu- und Wegzüge verringern das Identifikations- und Solidaritätspotenzial (El-Mafaalani/Strohmeier 2015: 33) und lösen in der Bewohner:innenschaft Gefühle der Verunsicherung und des Misstrauens aus, die den Rückzug in die eigene Wohnung verstärken (Kurtenbach 2015: 308).

Viele der geschilderten Probleme erfordern fachlich qualifizierte Unterstützung und können nicht durch Nachbarschaftshilfe aufgefangen werden. In der Straße lebt eine insgesamt »überforderte Nachbar:innenschaft« (El-Mafaalani/Strohmeier 2015: 11), die aus eigener Kraft weder die eigenen noch die fremden Probleme hinreichend zu bewältigen oder sich für das Allgemeinwohl einzusetzen vermag. Angesichts der individuellen wie sozialräumlichen Ressourcenarmut würde es hier zynisch anmuten, in der Intervention die Aktivierung nachbarschaftlicher sozialer Unterstützung anzustreben, ohne zunächst von außen diese Mängel zu beheben bzw. auszugleichen.

Für das Untersuchungsfeld ist sowohl von einem Quartiereffekt – hinsichtlich der räumlich-materiellen Wohnortausstattung – als auch von einem Konzentrationseffekt – hinsichtlich der Ressourcenarmut bei sozialer Schließung auszugehen (Petermann 2015: 181f). Die Menschen der Straße sind sozial wie räumlich marginalisiert, an den ›Rand der Gesellschaft‹ bzw. in die Abgeschiedenheit zwischen zwei Stadtteilen gedrängt. Ihre Schilderungen weisen zugleich auf das Erleben des Abgeschobenseins und der Machtlosigkeit. Sie berichten von Erfahrungen der Diskriminierung, welche auch darauf zurückzuführen sind, dass sie als Repräsentant:innen des Sozialraums wahrgenommen werden. Die Lebens- und Verwirklichungschancen der Mehrheit sind andauernd beschränkt, so dass diese strukturell verursachte Schlechterstellung mit materiellen wie immateriellen Ressourcen sowohl als soziale Ungleichheit als auch als soziale Exklusion zu werten ist.

Auch das Phänomen des *unentdeckten* Todes ist Abbild dieser sozial segregierenden, desintegrierenden und ausgrenzenden Prozesse. *Einsames* Sterben und *unentdeckte* Tode können prinzipiell alle Gesellschaftsmitglieder betreffen – unabhängig von deren sozioökonomischen Status – aber das Risiko erhöht sich im Zusammenhang mit Ressourcenarmut und beschränkten gesellschaftlichen Verwirklichungschancen. Die allgemeine Mortalitätsstatistik belegt für Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status und insbesondere für Männer eine geringere Lebensdauer wie auch eine geringere Anzahl von ›gesunden‹ Lebensjahren. An dieser Stelle ließe sich die soziale Ungleichheit am Lebensende auch um ein höheres Risiko des *unentdeckten* Todes ergänzen. Im Verweis auf das differenzierte Sterbekonzept kann für die Mehrheit der Verstorbenen festgehalten werden, dass es sich um sozial exkludierte Personen handelte, deren physischem Tod ein soziales Sterben, ein allmähliches ›Herausgestorben-Werden‹ bzw. ›Hinaussterben‹ aus den gesellschaftlichen Bezügen vorweg gegangen ist.

Unentdeckte Tode ereignen sich in der Verborgenheit der eigenen Wohnung, sind eingebettet in einen spezifischen sozialräumlichen Kleinraum, welcher in der Ausgestaltung auch durch die Rahmenbedingungen der zuständigen Kommunen oder Kreise strukturiert ist. Darüber nehmen auch die soziokulturellen und sozialstrukturellen Bedingungen der Gesellschaft insgesamt Einfluss auf die Auftretenshäufigkeit und den Umgang mit *einsamem* Sterben und *unentdeckten* Toden.

10. Interdependentes Mehrebenenmodell *unentdeckter* Tode

In der Interpretation des sozialen Phänomens ›*unentdeckte* Tode‹ kommt der prämortalen sozialen Einbindung der Verstorbenen die zentrale Bedeutung in der Begründung des Auftretens unbegleiteten Sterbens und unbemerkten Todeseintritts zu. In den vorangegangenen theoretischen und empirischen Kapiteln sind verschiedene Faktoren bzw. Bedingungen der Lebenslage herausgearbeitet worden, durch welche Prozesse der Vereinzelung, Vereinsamung, der sozialen Exklusion und in den Folgen auch des *einsamen* Sterbens und des *unentdeckten* Todes beeinflusst werden.

Im zehnten Kapitel werden diese kontextuellen Bedingungen in ein analytisches Modell integriert und systematisiert vier Ebenen – explizit: der Individualebene, den Ebenen des nahen und kommunalen Sozialraums und der Gesellschaftsebene – zugeordnet. Durch die Bestimmung der jeweiligen beeinflussenden Faktoren und Bedingungen sind Rückschlüsse auf ›besonders gefährdete‹ Personengruppen, auf ›besonders gefährdende‹ Sozialräume wie auch auf problematische gesellschaftliche Lebens- und Sterbeverhältnisse möglich, welche die Auftretenshäufigkeit negativ beeinflussen. Der theoretische Entwurf vermeidet vereinfachende Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge und berücksichtigt mikro-, meso- und makrosoziologische Erklärungsmomente und deren Interdependenzen. In einem zweiten Schritt werden für jede Ebene geeignete Ansatzpunkte in der Prävention und Intervention abgeleitet. Für die Fachkräfte der Sozialen Arbeit und benachbarter Disziplinen, wie etwa der Sozialpsychiatrie oder der Sozialgerontologie, ergeben sich hieraus wichtige Hinweise für die Konzipierung von Projekten bzw. Strategien gegen Einsamkeit, soziale Isolation und Ausgrenzung sowie für die Handlungspraxis zur Förderung der sozialen Inklusion und des gesellschaftlichen Zusammenhalts.

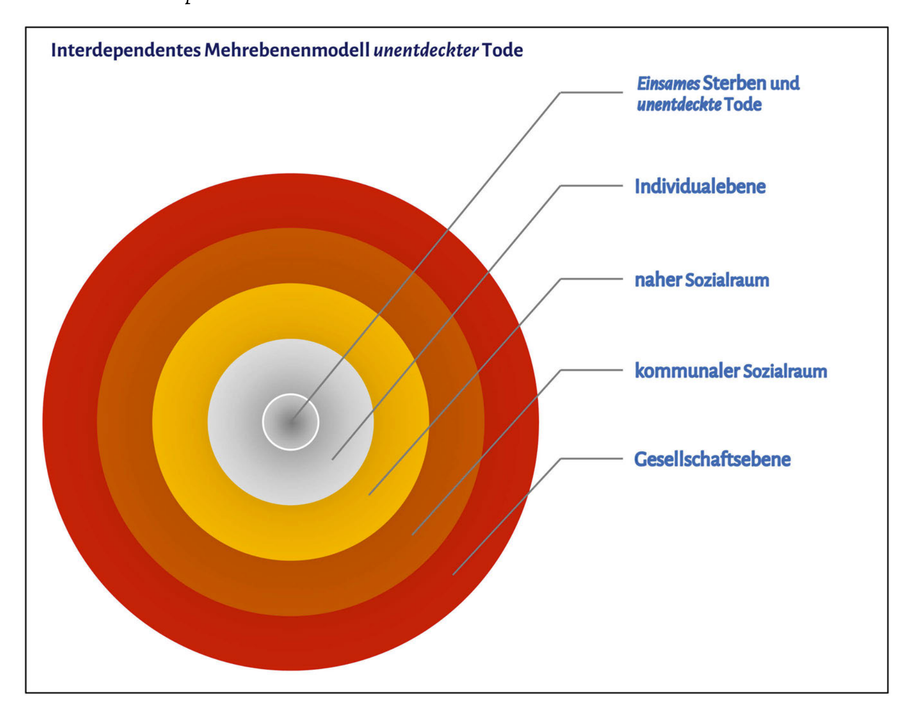
Hier folgen nun die Ausführungen zum *interdependenten Mehrebenenmodell unentdeckter Tode* (vgl. Abb. 10.1). Sterbeort ist die eigene oder fremde Wohnung bzw. der halböffentliche Raum des Wohnhauses. *Unentdeckte* Tode sind als Ausgangs- und Bezugspunkt im Zentrum der Abbildung 10.1 platziert. Das spezifische Zusammenwirken der sie umschließenden und durchdringenden Ebenen kann (bis zu einem gewissen Punkt) deutlich machen, warum sich das Sterben unbegleitet und allein – möglicherweise auch ein-

sam – vollzog, und warum der Tod erst nach Ablauf von Tagen, Wochen, Monaten oder Jahren bemerkt wurde.

Sterben und Tod sind niemals losgelöst von der individuellen Lebensgeschichte. Daher ist die *Individualebene* hierzu im engsten Konnex abgebildet. Leben, Sterben und Tod vollziehen sich in einem spezifischen sozialen und räumlich-materiellem Raum. Dieser *nahe Sozialraum* umfasst in räumlicher Hinsicht beim interindividuellen Vergleich ein Gebiet unterschiedlicher Größe. In der eigenen Fall- und Feldforschung wird der mutmaßliche Aktionsradius im Rahmen der Alltagspraxis der Bewohner:innenschaft für die Bestimmung des nahen Raumbezugs zugrunde gelegt. Es wurde bereits ausgeführt, dass der individuelle soziale Raum nicht unbedingt mit diesen Gebietsgrenzen übereinstimmt, dass aber gerade für Personen mit eingeschränkten Ressourcen eine hohe Kongruenz hinsichtlich der beiden Dimensionen anzunehmen ist. Die sozialen und räumlich-materiellen Bedingungen eines ausgesuchten nahen Sozialraums weisen ein spezifisches Gepräge auf und unterscheiden sich von den übrigen Gebieten im Bereich derselben Kommune wie auch im Vergleich mit anderen Kommunen. Da diese intra- und interkommunalen Differenzen auf divergente Begründungszusammenhänge zurückzuführen sind, werden im Modell der nahe und der *kommunale Sozialraum* unterschieden. Die vierte analytische Ebene ist die *Gesellschaftsebene* mit allen Bedingungen, welche sowohl die Lebens- und Sterbeverhältnisse der Einzelnen normativ-steuernd strukturieren als auch den gesellschaftlichen Möglichkeitsraum für den Umgang mit Sterben, Tod und Einsamkeit im Allgemeinen und mit *einsamem* Sterben und *unentdeckten* Toden im Besonderen konstruieren.

Die weiteren Ausführungen differenzieren und systematisieren die komplexen Bedingungszusammenhänge, so dass für jede einzelne Erklärungsebene übergeordnete Kategorien bezeichnet werden. Die Interdependenzen bleiben angedeutet und werden nicht näher ausgeführt, um mehr Klarheit in der Darstellung zu erreichen. In Summe ergibt sich ein grobes Raster, welches in der Analyse *unentdeckter* Tode zur Kontextualisierung eingesetzt werden kann.

Abb. 10.1: Interdependentes Mehrebenenmodell unentdeckter Tode



Individualebene

Auf der Individualebene sind die Voraussetzungen und Möglichkeiten der sozialen Einbindung und der persönlichen Beziehungsgestaltung vor allem durch die biographischen Erfahrungen, die Persönlichkeitsstruktur und die individuelle Lebenslage beeinflusst.

1. Biographische Erfahrungen: Die individuellen Möglichkeiten, Sozialkontakte einzugehen, aufzubauen und zu erhalten, sind von den gemachten Erfahrungen abhängig. Das Fundament der individuellen Beziehungs- und Bindungshistorie wird in den ersten Lebensjahren gelegt. Abhängig von den grundlegenden Erfahrungen mit den ersten Bezugspersonen prägen sich so bestimmte Muster und Bedürfnisse in der Beziehungsgestaltung aus. Im weiteren Lebensverlauf führen neue (auch abweichende) Beziehungs- und Bindungserfahrungen zu einer (zumindest graduellen) Korrektur bzw. Erweiterung der intrapsychischen Organisation (Beckh 2008: 12). Markante Lebensereignisse oder -passagen wie der Tod einer nahestehenden Person, Trennung, Scheidung, schwere Erkrankungen, Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit, berufliche Übergänge und Neuanfänge, Renteneintritt oder auch Ortswechsel werden im Rückgriff auf die individuellen Muster und abhängig von der sozialen Unterstützung unterschiedlich ›erfolgreich‹ bewältigt. Im Kontext dieser biographischen Krisen oder Umbrüche können sich – insbesondre bei Kumulationen von Belastungen – soziale

Isolation oder Exklusion verstärken und sich das Erleben von Einsamkeit flüchtig, periodisch, aber auch anhaltend ausprägen.

2. Persönlichkeitsstruktur: Die Beziehungsgestaltung sowie das Bewältigungsverhalten im Umgang mit Beziehungsproblemen sind auch durch die grundlegende Persönlichkeitsstruktur bestimmt. Als gegensätzliche Charaktere sind einerseits offene, anderen in starkem Maße aktiv zugewandte Personen und andererseits verschlossene, eher passiv agierende Personen zu unterscheiden (vgl. Scharfe und Bartholomew 1995). Die lebensimmanenten Probleme im Umgang mit anderen Menschen und Lebenskrisen werden wiederum in Abhängigkeit von der Persönlichkeitsstruktur, den dominierenden Coping-Strategien und dem Schweregrad der Belastungen unterschiedlich erfolgreich bewältigt. Das Auftreten *einsamen* Sterbens und *unentdeckter* Tode wird durch passiven Rückzug und soziale Isolation begünstigt.
3. Individuelle Lebenslage: An dieser Stelle wird die Lebenslage nicht als sozialstrukturelle, sondern als subjektive Dimension in die Betrachtung einbezogen (vgl. Mogge-Grotjahn 2012: 53). Das Gesamt immaterieller wie materieller Bedingungen der Lebenslage unterstützt oder beschränkt die Optionen der sozialen Teilnahme und Teilhabe. In Bezug auf die soziale Dimension (z.B. Sozialkontakte, soziales Engagement oder politische Partizipation) lassen sich die Einflüsse auf das subjektive Erleben der sozialen Integration direkt ableiten. Hinsichtlich der anderen zentralen Dimensionen (Einkommen, Wohnen, Lebensform, Arbeit, Gesundheit, Bildung, Freizeit) zeigen sich eher indirekte, verdeckte Zusammenhänge in Bezug auf die Ausprägungen und Möglichkeiten der individuellen sozialen Einbindung.

Ebene des nahen Sozialraums

Der nahe Sozialraum weist spezifische Gelegenheitsstrukturen auf, die die Alltagspraxis unterstützen oder erschweren können. Das Wohnumfeld beeinflusst die empfundene Lebensqualität und die individuelle Gesundheit mit einer Stärkung oder Minderung des bio-psycho-sozialen Befindens (Mielck 2012: 170f.; Nowossadeck/Block 2017: 302). Die räumlich-materiellen und die sozialen Bedingungen auf der Ebene des nahen Sozialraums modulieren die sozialen Beziehungen des Einzelnen sowie das soziale Miteinander der räumlichen Nachbar:innenschaft. Potenziell exklusionsbegünstigende Voraussetzungen des nahen Sozialraums können durch individuelle Ressourcen wie eine ›gute‹ soziale Einbindung oder eine ausgeprägte Eigeninitiative ausgeglichen werden. Personen mit mangelnden individuellen Ressourcen werden dagegen tendenziell gravierender von den Folgen beschränkter sozialräumlicher Ressourcen betroffen. Die räumlich-materiellen und sozialen Bedingungen und Faktoren, welche Einsamkeit, soziale Isolation und Exklusion positiv oder negativ beeinflussen, können verschiedenen Clustern zugeordnet werden:

- Baulich-räumliche Strukturen (z.B. Architektur, Raumstruktur, Nutzungs- und Gestaltungsmöglichkeiten von Freiflächen)
- Aufenthalts und Begegnungsmöglichkeiten
- Freizeit-, Erholungs-, Betätigungs- und Handlungsmöglichkeiten

- Soziale Infrastruktur (kommunale, freigemeinnützige, kirchliche und gewerbliche Einrichtungen)
- Ortsbezogene (soziale und politische) Beteiligungsstrukturen
- Versorgungsmöglichkeiten (Güter und Dienstleistungen)
- Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr
- Physikalische Umweltbelastungen (insbesondere Luft-, Lärm- und Hitzebelastungen)
- Sozialstruktur (z.B. Homo- oder Heterogenität der Bevölkerung, Fluktuation, Integrations- und Konfliktpotenzial)
- Innen- und Außen-Image eines Gebiets

Auf der Ebene des nahen Sozialraums nehmen die Kommunen die zentrale Position in der Umsetzung und Bereitstellung einer exklusionsvermeidenden bzw. inklusionsförderlichen Infrastruktur ein[1]. Daneben gibt es weitere lokalspezifische Akteur:innen (z.B. Wohnungsgesellschaften, Kirchengemeinden, soziale Institutionen, Interessenvertretungen, bürgerschaftliche Initiativen, Gewerbetreibende) die an den politischen Prozessen in der Entscheidungs-, Planungs- und Ausführungsphase beteiligt sein können.

Der Blick auf die Individual- und die Ebene des nahen Sozialraums verdeutlicht, dass trotz des unzweifelhaft vorhandenen sozialen Gradienten sowohl das Risiko des *einsamen* Sterbens als auch das Risiko eines *unentdeckten* Todes – unabhängig vom sozioökonomischen Status – alle sozial isolierten, exkludierten oder einsamen Personen betreffen können. Eine schwache oder unzureichende soziale Einbindung in Einheit mit einer räumlich isolierten Lebenssituation kann entsprechende Folgen für Personen in differenten sozialen Milieus nach sich ziehen. Hierdurch erklärt sich auch, dass solche Phänomene gleichermaßen in sogenannten sozial benachteiligten als auch in sozial bevorzugten Gebieten zu beobachten sind (vgl. Loke 2019), wenngleich die Auftretenshäufigkeit in der Gruppe sozial benachteiligter Personen bzw. in sozial benachteiligenden Gebieten wesentlich erhöht ist.

Ebene des kommunalen Sozialraums

Die Umsetzung inklusionsbegünstigender sozialräumlicher Maßnahmen kann nicht nur am mangelnden politischen Willen, sondern auch an der ungenügenden Finanzkraft scheitern. Finanziell schwächere Kommunen konzentrieren sich in ihrem sozialpolitischen Handeln in stärkerem Maße auf die Gewährung von Pflichtleistungen; monetär besser gestellte Kommunen übernehmen darüber hinaus auch freiwillige Selbstverwaltungsaufgaben (vgl. Kuhlmann/Mogge-Grotjahn/Balz 2018: 81). Zum Wohl der Bürger:innen einer Gemeinde werden so beispielsweise Theater, Museen, Grünanlagen, Bürger:innenhäuser und zusätzliche soziale Angebote unterhalten oder Mittel für Vereine im Jugend- und Sportbereich bereitgestellt. Für Kommunen in strukturschwachen Regionen oder nach umfassenden Strukturwandeln kommt erschwerend hinzu, dass es

1 Die Kommunen sind auch verpflichtet, für alle sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen Zugang zu gesetzlich garantierten Sozialleistungen zu gewährleisten, und nehmen hierüber weiteren Einfluss auf die Inklusionschancen des Einzelnen und von Gruppen (Kuhlmann/Mogge-Grotjahn/Balz 2018: 81).

auf ihrem Gebiet nicht nur einzelne, eng begrenzte, sondern multiple, ›problematische‹ Sozialräume mit ›fließenden‹ Übergängen gibt. Wenn hohe Sozialausgaben mit niedrigen Steuereinnahmen einhergehen, kann sich die beschränkte Finanzsituation auf den Umfang der kommunalen Leistungen an den Einzelnen sowie der Maßnahmen zur allgemeinen sozialen Unterstützung und zur Wohnumfeldgestaltung auswirken[2]. Sofern sich im ungünstigen Fall Erosionsprozesse in Sozialräumen anhaltend fortsetzen, bleiben den Einzelnen letztlich – außer den Teilhabemöglichkeiten der persönlichen Netzwerke – nicht viel mehr als der Rückzug in die eigene Wohnung und die marginale individuelle Unterstützung im Rahmen von Pflichtleistungen der öffentlichen Daseinsvorsorge.

Gesellschaftsebene

Auf der Gesellschaftsebene werden *einsames* Sterben und *unentdeckte* Tode sowohl durch sozialstrukturelle Rahmenbedingungen als auch durch den spezifischen, historisch geprägten soziokulturellen Umgang mit Sterben, Tod und Einsamkeit beeinflusst (vgl. Kapitel 4.4 und 6.4).

Die Einsamkeitsforschung fasst die in alltäglichen, öffentlichen und wissenschaftlichen Zusammenhängen dokumentierten Verhaltensweisen der Abwehr, der Ablehnung und der Verdrängung gegenüber der Gefühlslage der Einsamkeit unter dem Begriff des »turn away-Effekts« (Elbing 1991: 14; Bohn 2006: 14; Cacioppo/Fowler/Christakis 2009; vgl. Kapitel 6.4). Einsamen Personen fällt es schwer, gegenüber anderen diese eher stigmatisierende Gefühlslage offen anzusprechen, da sie befürchten, dass deren Reaktionen nicht durch Hinwendung und Unterstützungsbereitschaft, sondern durch verstärkte Abwendung von der Thematik, möglicherweise aber auch von der eigenen Person, gekennzeichnet sind. Aber nicht nur die direkte Ansprache, sondern selbst nonverbale Signale im Ausdruck können dem Gegenüber die Gefühlslage der Einsamkeit andeuten und entsprechende Abwehrreaktionen – wie beispielsweise physische Distanzierung, die Schwierigkeit zuzuhören oder sich unbefangen auf die Thematik einzulassen – auslösen (vgl. Puls 1989: 316; Elbing 1991: 14). Der gesellschaftliche Umgang behandelt Einsamkeit vor allem als private Angelegenheit und forciert durch dieses ›Zurückdrängen‹ die Verborgenheit und ›Unsichtbarkeit‹ von (chronisch) einsamen Personen.

Ähnliche Verdrängungs- und ›Privatisierungstendenzen‹ zeigen sich im gesellschaftlichen Umgang mit bestimmten Aspekten der Sterbens- und Todesthematik – vor allem in der Beschäftigung mit dem eigenen Tod und im direkten Umgang mit Sterbenden und Toten (vgl. Feldmann 2010a: 77; vgl. Kapitel 4.4). Die Folgen dieser Verdrängung manifestieren sich sowohl in der Vermeidung der (bewussten) gedanklichen oder kommunikativen Auseinandersetzung als auch in der Distanzierung von Sterbenden und Toten. Auch wenn Sterben und Tod im medialen Raum permanent präsent sind, findet im Alltag und in der Öffentlichkeit nur selten eine offene Thematisierung konkreter Aspekte statt.

Es liegt nahe anzunehmen, dass die Kopplung der beiden gleichsam aversiven Themenkomplexe um Einsamkeit und Sterben/Tod dazu beiträgt, dass sowohl der »turn

---

2 Inwiefern diese allgemeine Aussage auch für die beiden Untersuchungskommunen zutrifft, lässt sich anhand der verfügbaren Daten nicht sicher ableiten.

away« als auch die »Verdrängung« in der alltäglichen, öffentlichen, medialen, politischen und wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit *einsamem* Sterben und *unentdeckten* Toden forciert werden. Die mangelnde Thematisierung – sowohl als offene Erörterung entsprechender Erfahrungen als auch in Form von allgemeiner Aufklärung, Information und Unterstützungsangeboten – führt dazu, dass die Problematik weiterhin brach und im Dunkelfeld verborgen liegt. Durch die gesellschaftliche Dethematisierung wird die Auseinandersetzung und die Bewältigung der eigenen oder fremden Einsamkeit sowie dem Sterben und dem Tod in den privaten Raum verlagert und individualisiert, soziale Unterstützungsinitiativen ›unterdrückt‹ und notwendige sozialpolitische Präventions- und Interventionsmöglichkeiten nicht erkannt und umgesetzt. Die diskursiven Barrieren wirken wie gesellschaftliche Bruchlinien und begünstigen so das Auftreten *einsamen* Sterbens in der Folge von Einsamkeit und eines *unentdeckten* Todes infolge sozialer Isolation und Exklusion.

Die Möglichkeiten der ›Vorbereitung‹ auf das eigene Sterben und die Bewältigung des eigenen wie fremden Sterbens und Todes sind zwar für alle Gesellschaftsmitglieder beschränkt, aber zugleich – in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status respektive den verfügbaren (sozialen, kulturellen und ökonomischen) Ressourcen und Zugangsmöglichkeiten sowie vom Alter, vom Geschlecht[3], von der Persönlichkeitsstruktur, vom Gesundheitszustand und der sozialen Einbindung bzw. der sozialen Unterstützung – sozial ungleich vorhanden. Die Aneignungs- und Austauschmöglichkeiten sind für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen mit diesen Merkmalen in noch stärkerem Maße beschränkt, so dass infolgedessen auch ein vergleichsweise höheres Risiko besteht, *einsam* und *unentdeckt* zu sterben. Die soziale und gesundheitliche Ungleichheit am Lebensende wird hierdurch weiter verfestigt und perpetuiert.

Einsames Sterben und *unentdeckte* Tode stehen auch in einem Zusammenhang mit den gesellschaftlichen Entwicklungen des vergangenen Jahrhunderts. An erster Stelle ist hier an die fundamentalen sozialen und demographischen Wandlungsprozesse zu denken. Maßgebliche Stichworte sind in diesem Kontext beispielsweise »Überalterung«/»demographischer Wandel«, »Individualisierung«, »Enttraditionalisierung«, »Erosion familiärer und gesellschaftlicher Strukturen«, »familiäre und gesellschaftliche Entsolidarisierung« oder auch die »Institutionalisierung« von Fürsorge- und Pflegeaufgaben (Beck 1986; Feldmann 2010a; vgl. Kapitel 4.4). So lässt sich das Phänomen *unentdeckter* Tode auch als (extremes) Zeichen eines gesellschaftlichen Wandels interpretieren. In Bezug auf die Gruppe der älteren und alten Personen ist hervorzuheben, dass die durchschnittliche Lebensdauer wie auch die Anteile der Kinderlosen und Alleinlebenden immer weiter ansteigen (vgl. Kapitel 3.3) und in der Folge auch das Risiko erhöht ist, als ›Letzte der Sippe‹ allein zurückzubleiben und der familiären Solidarität am Lebensende zu entbehren. Erschwerend kommt hinzu, dass die institutionalisierten sozialen Unterstützungsangebote vieler Orts unzureichend oder nicht angemessen konzipiert sind, da sie die besonderen Bedarfe einsamer wie hilfsbedürftiger (älterer) Personen nur unzureichend

3 Zur ›Vorbereitung‹ von Frauen gehören im Vergleich zu Männern häufiger Erfahrungen der Sterbebegleitung. Außer dem Mehr an Primärerfahrungen ist davon auszugehen, dass die Frauen zugesprochenen ausgeprägteren Sozial- und Kommunikationskompetenzen die interaktive Auseinandersetzung mit der Thematik unterstützen.

berücksichtigen (Hackmann et al. 2018; Loke 2019: 62). Prognostisch ist davon auszugehen, dass sich sowohl der Trend der sogenannten »Überalterung« als auch zum Alleinleben (insbesondere im Alter) fortsetzen werden, so dass in Folge dieser soziodemographischen Entwicklungen zukünftig auch ein Anstieg einsam versterbender älterer und alter Menschen anzunehmen ist, wenngleich deren Tod in den meisten Fällen wegen der installierten ambulanten Pflege- und Unterstützungsleistungen relativ zeitnah bemerkt werden dürfte.

Räumlich verdichtete Problemlagen wie Einkommensarmut oder prekäre Wohnverhältnisse weisen in Kombination mit einem gehäuften Auftreten *unentdeckter* Tode (auch) auf die gesellschaftlich-strukturelle Ebene und unterstreichen die Notwendigkeit inklusionsförderlicher nationalstaatlicher Sozialpolitiken und die Verankerung angemessener Standards und Rechtsnormen.

Durch die quantitative Erhebung ist in beiden Untersuchungskommunen eine Zunahme von *unentdeckten* Todesfällen – insbesondere mit höheren Liegezeiten und in Verschränkung mit einem niedrigen sozioökonomischen Status – belegt. Hieraus lässt sich die prognostische Einschätzung ableiten, dass unter der Voraussetzung stagnierender oder fortschreitender soziodemographischer und sozialstruktureller Entwicklungen mindestens ein Anteil *unentdeckter* Tode in Höhe von gut einem Fünftel an allen im privaten Umfeld eingetretenen Toden anzunehmen ist. In strukturschwachen Kommunen bzw. Stadtteilen sind die Anteile im Vergleich zu diesen Durchschnittswerten mutmaßlich – analog zu den Untersuchungskommunen der eigenen Untersuchung – deutlich erhöht. Da im mittleren Lebensalter insgesamt seltener ambulante Unterstützungsleistungen erfolgen bzw. kaum tägliche Taktungen vorgesehen sind, ist für Lebenslagen, welche durch die Koinzidenz von Armut und weiteren Problemlagen – und damit ebenfalls häufig mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität – geprägt sind, eine weitere Zunahme *unentdeckter* Tode – auch mit höheren Liegezeiten – wahrscheinlich.

Ansatzpunkte in der Prävention und Intervention

Einsames Sterben und *unentdeckte* Tode sind auf ein Wechselwirkungsgefüge individueller, (naher und kommunaler) sozialräumlicher sowie gesellschaftlicher Bedingungen zurückzuführen. Die Multidimensionalität wie auch die Interdependenzen unterstreichen, dass Interventionen und Präventionsmaßnahmen gegen soziale Isolation, Exklusion und Einsamkeit sowie gegen *einsames* Sterben und *unentdeckte* Tode parallel auf verschiedenen Ebenen ansetzen sollten. Viele der im Folgenden genannten Ansatzpunkte zur Verbesserung der individuellen, sozialräumlichen und gesellschaftlichen Lebens- und Sterbeverhältnisse lassen sich nicht trennscharf unterteilen in Maßnahmen, die der Verhinderung oder die dem Eingreifen mit dem Ziel der Veränderung dienen. Die Verborgenheit von Einsamkeit und sozialer Isolation erschwert darüber hinaus den Zugang in der Intervention. Hierdurch wird der grundsätzliche Vorrang der Prävention vor der Intervention zusätzlich unterstrichen.

Potenzielle Maßnahmen sind in Entsprechung zu den Ebenen – auf den Einzelnen, auf soziale (Interessens-)Gruppen, auf den Raum oder die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen – bezogen. Die politische Handlungspraxis kann auf internationale Erfahrungen – beispielsweise aus Großbritannien, Japan oder den Niederlanden – zur Kon-

zipierung und Umsetzung von Strategien gegen Einsamkeit rekurrieren (vgl. Kapitel 2 und 5.2). Die Planung, Umsetzung, Koordinierung und Anpassung bzw. Evaluation der Maßnahmen sollte in politischer Verantwortung der Kommunen erfolgen. Die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass sich die Zugangsmöglichkeiten erweitern wie auch die Effizienz erhöht, wenn die Prozesse von einem breiten Bündnis staatlicher und nicht-staatlicher Akteur:innen getragen werden (ebd.). Als normativ-steuernder Rahmen sind eine nationale Strategie und die Schaffung einer ressortübergreifenden Stelle inklusive der Bestimmung als politische Querschnittsaufgabe wünschenswert. So sind günstige Voraussetzungen geschaffen, dass die Umsetzung der Zielsetzungen in der Prävention und Intervention von Einsamkeit, sozialer Isolation und sozialer Exklusion sowie von *einsamem* Sterben und *unentdeckten* Toden über Ressorts und Ebenen hinweg koordiniert erfolgt.

Im Weiteren werden ausgesuchte Ansatzpunkte auf den verschiedenen Ebenen skizziert.

Ansatzpunkte auf der Individualebene

Unfreiwillig einsamen, isolierten oder exkludierten Personen fehlen Kontakt- und Begegnungsmöglichkeiten sowie oft auch soziale Unterstützung in Problemlagen. Da die Eigeninitiative und/oder die vermittelnde Hilfe Dritter zur Beschaffung der notwendigen Unterstützungsmaßnahmen oft fehlen, sollte die Kontaktaufnahme im Rahmen der aufsuchenden Sozialarbeit – durch ›Anklingeln‹ – erfolgen. In der Erhebung des Einzelfalls können individuelle Problemlagen und Beeinträchtigungen der sozialen Teilhabe erkannt und passgerechte Unterstützungsmaßnahmen zur Bewältigung des Alltags und der Ermöglichung der gesellschaftlichen Teilhabe entwickelt werden. Die ermittelten Bedarfe können beispielsweise durch die Installierung individueller Hilfen, durch die Beschaffung von Hilfsmitteln, durch Informationen zu Gruppenaktivitäten, durch die Vermittlung persönlicher oder telefonischer Besuchsdienste wie auch von Beschäftigungen (z.B. von ehrenamtlichem Engagement) oder von psychologischer bzw. psychotherapeutischer Begleitung erfüllt werden. Nicht alle ›unterstützungsbedürftigen‹ Personen sind durch einmalige Kontaktversuche auszumachen. Prinzipiell werden die Erreichbarkeit und der Vertrauensaufbau zwischen den Aufgesuchten und den Fachkräften der Sozialen Arbeit durch wiederholte Besuche befördert. Das »Präventionsdilemma« (Lampert et al. 2015: 160) zeigt sich nicht nur in einem grundsätzlich erschwerten Zugang zu einsamen oder sozial isolierten Personen, sondern auch darin, dass angebotene Unterstützungsleistungen von Personen in sozioökonomisch benachteiligten Positionen seltener in Anspruch genommen werden. In den Fällen, in welchen sich hier nicht ein organisatorisches, sondern ein Vertrauensproblem offenbart, können Hilfsangebote möglicherweise über die vermittelnde Ansprache von Nachbar:innen als Multiplikator:innen mit größerem Erfolg adressiert werden.

Ansatzpunkte auf den Ebenen des nahen und kommunalen Sozialraums

Die Ansatzpunkte auf den Ebenen des nahen und kommunalen Sozialraums liegen in der Gestaltung inklusionsbegünstigender sozialer und räumlich-materieller Bedingungen durch die Kommunen und sonstige lokalspezifische Akteur:innen. Drei Schritte er-

scheinen für die Prävention und Intervention *einsamen* Sterbens und *unentdeckter* Tode maßgeblich: 1. Die statistische Erfassung *unentdeckter* Tode in Ergänzung zur integrierten Sozialberichterstattung und Sozialplanung der Kommunen, 2. personen- und gruppenbezogene Maßnahmen und 3. raumbezogene Maßnahmen.

1. Durch integrierte Sozialberichterstattung und Sozialplanung können in den Kommunen, empirisch fundiert und sozialräumlich differenziert, Verdichtungen sozialer Exklusionsprozesse ermittelt, konkrete Projektangebote entwickelt und im Zeitverlauf Erfolge und Anpassungsbedarfe politischer Maßnahmen erkannt werden (vgl. Graebsch-Wagener 2012: 227ff.). Die gesonderte statistische Auswertung *unentdeckter* Todesfälle könnte die Sozialberichterstattung ergänzen und konkretisieren, da die Analyse neben der Inzidenz ein differenziertes statistisches Profil der Verstorbenen und die Abbildung der räumlichen Verteilung der Sterbeorte (bis hin zu einzelnen Wohnhäusern) ermöglicht. Durch die kleinräumige Eingrenzung des gehäuften Auftretens *unentdeckter* Todesfälle sind deutliche Hinweise auf problematische soziale wie räumlich-materielle Bedingungen gegeben. Diese lokalen exklusionsförderlichen Bedingungen können mittels umfassender Sozialraumanalysen auf Basis quantitativer und qualitativer Verfahren (1. Statische Analyse, 2. strukturierte Stadtteilbegehung, 3. Befragung) präzisiert werden. Für die Bestimmung und Konzipierung geeigneter Maßnahmen erscheint es wesentlich, die Perspektive der Bewohner:innenschaft als Expert:innen des Sozialraums in die Prozesse der Problembestimmung und der Bedarfsplanung einzubeziehen. Die Sozialplanung wird durch die zusätzliche statistische Auswertung vertieft und die integrierte Stadtplanung durch die kleinräumige Analyse darin unterstützt, passgerechte sozialpolitische Maßnahmen und (partizipative) Projekte zu entwickeln und umzusetzen.

Mögliche inklusionsförderliche Ansatzpunkte lassen sich, vereinfacht dargestellt, in personen- bzw. gruppen- und raumbezogene Maßnahmen unterteilen.

2. Einzelfall- oder gruppenbezogene Maßnahmen können im Rahmen der aufsuchenden Sozialarbeit, aber auch in sozialraumorientierten Ansätzen der Gemeinwesenarbeit bzw. der integrierten Stadtentwicklung umgesetzt werden. Im Vollzug inklusionsförderlicher Maßnahmen und Projekte kommt der Sozialen Arbeit eine Schlüsselstellung zu. Auftrag der Profession ist es, Menschen in sozialen Problemlagen und/oder bei der gesellschaftlichen Partizipation zu unterstützen und in der Begleitung sowohl die individuellen Ressourcen wie auch die Selbstbestimmung der Adressat:innen zu stärken (Scherr 2017: 34). Aus der Perspektive des *Capability* bzw. *Capabilities Approach* (vgl. Sen 2000 und 2010; Nussbaum 1999 und 2010) kann als Aufgabe der Sozialen Arbeit abgeleitet werden, die Adressat:innen zur Inanspruchnahme von Rechten zu befähigen sowie quantitativ und qualitativ den Raum an Möglichkeiten hinsichtlich der Teilhabe- und Lebenschancen zu erweitern und bestmöglich zu gestalten (vgl. Otto/Scherr/Ziegler 2010; Kuhlmann 2012).

Viele der *unentdeckt* verstorbenen Personen waren nicht erst am Lebensende, sondern bereits weitaus früher sozial schwach eingebunden und sind in einem Prozess des sozialen Sterbens bzw. der sozialen Exklusion immer weiter aus den gesellschaftlichen Bezügen ›hinausgestorben‹ oder ›herausgestorben‹ worden. Durch sozialräumliche Nähe ist es den Fachkräften der Sozialen Arbeit möglich, derartige Entwicklungen bereits

in den Anfängen zu erkennen und durch zielgerichtete Unterstützungsangebote entgegenzuwirken und inklusionsförderliche Prozesse zu stärken.

Zugehende Sozialarbeit wird intensiviert, wenn ein zentraler Anlauf- und Begegnungsort für die Anwohner:innen geschaffen wird. Dies kann beispielsweise auch in einer leerstehenden (barrierefreien) Wohnung oder durch regelmäßige mobile Angebote im öffentlichen Raum geschehen. In Ergänzung zur ›anklingelnden‹ Sozialarbeit bietet sich so für die Bevölkerung eine niedrigschwellige und kostenlose Möglichkeit, eigeninitiativ Kontakt aufzunehmen und an einem neutralen Treffpunkt in ›moderiertem‹ und ›sicherem‹ Rahmen Nachbar:innen zu begegnen und/oder Beratung und Information zu individuellen und allgemeinen sozialen Unterstützungsleistungen der Kommune in Anspruch zu nehmen. Mittels netzwerkorientierter Methoden kann es den Fachkräften der Sozialen Arbeit vor Ort gelingen, kooperativ organisierte Kontaktmöglichkeiten zu initiieren und Bewohner:innen mit (vor allem) ähnlichen Interessen und Bedürfnissen zusammenzubringen (vgl. Hanussek/Loke 2022). Chronisch einsame und sozial isolierte Personen sind nur durch intensive Bemühungen aufzuspüren und dazu zu bewegen, an sozialen Gruppenaktivitäten teilzunehmen. Die eigene Fall- und Feldforschung hat ebenfalls gezeigt, dass es in manchen Fällen eher den Nachbar:innen als außenstehenden‹ ›fremden‹ und ›sozial nicht zugehörigen‹ Fachkräften gelingt, Kontakt aufzunehmen und im Gespräch, von Problemen und Belastungen zu erfahren. Da für die ›Befremdung‹ mutmaßlich insbesondere die differierende Milieuzugehörigkeit ursächlich ist, erscheint es bedeutsam, solche Vertrauenspersonen in der Nachbar:innenschaft gezielt anzusprechen und einzubinden, um Unterstützungsangebote an ›unsichtbare‹ bzw. ›schwer erreichbare‹ Personen vermitteln zu können. Allgemein anerkannte Autoritäten und starke Persönlichkeiten wie ›Kurt‹ (vgl. Kapitel 9.3) erreichen nicht nur viele der am Ort lebenden Personen, sondern besitzen darüber hinaus die Fähigkeit, Konflikte zu befrieden sowie den nachbarschaftlichen Zusammenhalt und das wechselseitige Vertrauen und damit auch das Sicherheitsempfinden der Bewohner:innenschaft zu stärken.

Für eine nachhaltige Prävention ist es essenziell, erfolgreiche Projekte dauerhaft fortzusetzen und nicht nach Ablauf der meist begrenzten Förderungszeit zu beenden – wie sich an den in Gelsenkirchen im Verlauf der Jahre 2012 bis 2018 gemachten Praxiserfahrungen veranschaulichen lässt (ebd.).

- Das Projekt »Mobiles Kaffeekränzchen« (2012–2014) richtete sich vor allem an von Armut und/oder Einsamkeit betroffene ältere Personen. Das monatliche »Kaffeekränzchen« wurde in verschiedenen Stadtteilen aufgebaut. Die Senior:innen wurden von den Projektmitarbeitenden aus ihren Wohnungen ›herausgeklingelt‹, und zu dem kostenlosen ›Kaffee- und Kuchengenuss‹ im öffentlichen Raum eingeladen. Durch das ›moderierte‹ Beisammensein an einem neutralen Ort gelang es, Nachbar:innen (wieder) in Kontakt zu bringen und den sozialen Austausch anzuregen.
- Das Projekt »Nachbarn helfen Nachbarn« (2014–2017) begrenzte sich auf einen, zehn Straßen umfassenden ›Problem‹-Bezirk in Bulmke-Hüllen. Eine Sozialarbeiter:in und fremdsprachenkundige Honorar-Kräfte suchten alle Anwohner:innen auf. Dann wurden Treffen an wechselnden Orten oder Straßenfeste organisiert, um Nachbar:innen in Beziehung zu bringen. Auch nach Beendigung des Projekts wurde das nachbarschaftliche Miteinander zunächst von einzelnen Anwohner:innen wei-

ter gepflegt. Nachdem aber wichtige Beteiligte verstorben oder umgezogen waren, verlor sich das Engagement.

- Im Zentrum des Projekts »Rotthauser Wohnzimmer« (2017–2018) stand der Aufbau eines lokalen Treffpunkts für Alleinstehende ab 40 Jahren, welche wegen Einkommensarmut nur über begrenzte Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe verfügen. Durch aufsuchende Sozialarbeit und die Nutzung verschiedener Informationswege wurde das »Rotthauser Wohnzimmer« mit der Zeit tatsächlich zu einem ›Wohnzimmer‹ für fast 60 Personen unterschiedlichen Alters und kultureller Prägung. Dreimal wöchentlich wurden durch eine Sozialarbeiter:in, Honorar- und ehrenamtliche Kräfte in den Räumen gemeinsame Mahlzeiten, Lesungen, Konzerte, Spieleangebote, Feste und ›einfaches Dasitzen‹ organisiert. An diesen Treffen nahmen auch regelmäßig mehrere stark mobilitätsbeeinträchtigte Personen teil, für welche von der Gruppe selbst die notwendigen Fahrdienste arrangiert wurden.

Alle drei Projekte wurden gut angenommen und sind, nachdem sie sich etabliert hatten, aus finanziellen und/oder personellen Gründen beendet worden. Das Projekt »Nachbarn helfen Nachbarn« verdeutlicht außer der Notwendigkeit der Kontinuität auch die der fachlichen Begleitung, da der Erhalt der Projekte allein durch ehrenamtliches Engagement langfristig nahezu unmöglich ist (ebd.). Die leitende Maxime in der Durchführung sollte es sein, so viel professionelle Unterstützung wie nötig zur Verfügung zu stellen und gleichzeitig so viel lokale Beteiligung wie machbar zu realisieren. Die Praxis-Projekte sollten wissenschaftlich begleitet und im Rahmen möglichst partizipativer Ansätze gemeinsam von den Nutzer:innen und Expert:innen aus Fachpraxis und Wissenschaft evaluiert werden, um so innovative, nachhaltige und transferfähige Ansätze guter Praxis zu generieren und in die Entwicklung neuer Maßnahmen einfließen zu lassen.

Um der Verborgenheit *einsamen* Sterbens und *unentdeckter* Tode entgegenzuwirken, erscheint es notwendig, Anwohner:innen die Möglichkeit zur offenen Thematisierung und zum Austausch zu geben. Das gehäufte Auftreten (oft auch problematischer) Sterbens- und Todesumstände kann Verunsicherungen, Ängste sowie Abwehr angesichts des eigenen oder fremden Lebensendes hervorrufen oder verstärken. Durch die Auseinandersetzung kann es gelingen die Sensibilität für die Problemlage im Allgemeinen zu erhöhen und den Umgang mit der eigenen oder fremden Einsamkeit, sozialen Isolation oder Exklusion sowie die persönliche Beziehungsgestaltung bewusst zu machen. Diese Einsichten sind eine wichtige Voraussetzung, um das eigene Problemlösungs- und Bewältigungsverhalten zu verändern, soziale Unterstützungsbedarfe offen einzugestehen oder für betroffene Nachbar:innen initiativ zu werden. Ein positiver Nebeneffekt solcher Gesprächsrunden kann es auch sein, dass unausgesprochene Regeln des Miteinanders thematisiert und verhandelt werden, so dass sich nach und nach eine gemeinsame Basis des Zusammenlebens entwickelt.

Nachbar:innen sollten wissen, wie und an wen sie im Verdachtsfall Befürchtungen bzw. Beobachtungen im Zusammenhang mit ausbleibenden Lebenszeichen weitergeben können. Da Meldungen bei den Polizei- und Ordnungsbehörden meist eine sehr hohe Hürde darstellen, sind auch niedrigschwellige, lokal angebundene ›Zwischenmeldesysteme‹ – etwa über ein ›Sorgentelefon‹ – denkbar (ebd.). Da das Thema Einsamkeit schambesetzt ist, werden Maßnahmen, die spezifisch als Angebote für einsame Perso-

nen adressiert sind, nur zurückhaltend angenommen. Es besteht die Gefahr der Diskriminierung und Stigmatisierung der Teilnehmenden. Gruppenangebote und -aktivitäten sollten daher die positiv besetzten Aspekte von Gemeinschaft betonen. Über den gemeinsamen räumlichen Bezug dürfen keine Vorstellungen vom Sozialen als homogenes Ganzes abgeleitet werden. In Sozialräumen, in welchen die Gemeinsamkeit von Interessen und Bedürfnissen schwach ausgeprägt ist, entwickeln sich auch gemeinschaftliche Aktivitäten nur partiell oder gar nicht. Organisierte Veranstaltungen wie Straßenfeste erscheinen zwar grundsätzlich als eine Möglichkeit der Anbahnung oder Stärkung von neuen bzw. bestehenden Kontakten, bergen aber außer dem Integrations- auch ein Konfliktpotenzial (vgl. Loke 2019: 55). Bei hoher Bevölkerungsfluktuation ist über Projekte kaum eine stabilisierende Arbeit möglich, weil die an der Planung beteiligten Personen unter Umständen schon fortgezogen sind, wenn die Maßnahmen umgesetzt werden.

Bestimmte Personen(-gruppen) nehmen auch niedrigschwellige Angebote nicht eigeninitiativ in Anspruch. Die Daten der Sozialraumanalyse zur Bevölkerungszusammensetzung und zum Profil der *unentdeckt* Verstorbenen geben Hinweise auf diese potenziell von (chronischer) Einsamkeit, sozialer Isolation oder Exklusion besonders ›gefährdeten‹ Personen und Gruppen. Um diesen Unterstützungsangebote zukommen zu lassen, bleiben als letzte Möglichkeiten, die Kontaktanbahnungsversuche über vermittelnde Nachbar:innen oder im Rahmen der aufsuchenden Sozialarbeit zu intensivieren.

Seit einigen Jahren gibt es auch verschiedene Online-Plattformen wie »nebenan.de« oder »Netzwerk Nachbarschaft«, welche beabsichtigen, den Aufbau informeller Unterstützungs- und Hilfesysteme in der Nachbar:innenschaft zu unterstützen. Diese digitalen sozialen Netzwerke wollen Neu-Hinzugezogenen Kontaktmöglichkeiten eröffnen und engagierten Personen ermöglichen, sich über Straßenfeste, Baugenehmigungen oder den besten Zugang zu Fördergeldern auszutauschen (Niejahr 2015: 65). Aber es ist nicht auszuschließen, dass sich das »Vernetzungs-Dilemma« sozialraumorientierter Strategien auch im digitalen Raum abbildet, so dass die Vernetzung in den Gebieten besonders gut funktioniert, an denen bereits Netzwerkstrukturen bestanden, wohingegen sich die Installierung neuer Netzwerke extrem schwierig gestaltet (vgl. Kessl/Reutlinger 2007: 129). Im Ergebnis werden so die bestehenden Strukturen digital reproduziert, und die eingeschränkte soziale Partizipation benachteiligter Gruppen stabilisiert (vgl. ebd.: 130).

3. Es erweist sich grundsätzlich als schwierig, bisweilen auch als unmöglich, informelle soziale Netzwerke anregen zu wollen, da es sich um eine »Vergemeinschaftung von unten« handelt, welche eine gewisse Resistenz gegenüber äußeren Gestaltungsmaßnahmen zeigt (Petermann 2015: 178). Auch wenn sich soziale Nachbar:innenschaften meist der Planbarkeit entziehen, können über die Gestaltung der sozialräumlichen Rahmenbedingungen günstige Voraussetzungen für Begegnungs-, Handlungs- oder auch Partizipationsmöglichkeiten geschaffen und damit indirekt soziale Beziehungen im öffentlichen Raum beeinflusst werden.

Infolge der sozial ungleichen Verteilung und Zugangsmöglichkeiten zu wichtigen gesellschaftlichen immateriellen und materiellen Ressourcen bilden sich so eher vorteilhafte oder eher nachteilige Lebensbedingungen und Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe heraus. Die individuellen Lebens- und Partizipationschancen

werden auch von den Bedingungen des persönlichen Wohnumfelds beeinflusst, welches nicht nur faktisch allen Personen gleichermaßen zugänglich, sondern auch mit der notwendigen inklusionsförderlichen Infrastruktur ausgestattet sein sollte. Eine sozial ausgleichende, inklusionsförderliche und auf den Sozialraum bezogene Politik ließe sich auch derart konzipieren, dass Gebiete mit einem hohen Anteil ressourcenarmer Personen(-gruppen) positiv diskriminiert werden und eine vergleichsweise ›bessere‹ Wohnortausstattung erhalten, da die Bevölkerung hier in stärkerem Maße auf diese Gelegenheitsstrukturen angewiesen ist[4].

Mögliche Ansatzpunkte zur Um- und Neugestaltung des Wohnumfelds lassen sich aus den oben genannten inklusionsförderlichen bzw. exklusionsverstärkenden Clustern ableiten und sind in der Fachliteratur zur Stadt- und Regionalsoziologie bzw. zur Stadtentwicklung eingehend beschrieben und werden an dieser Stelle nicht näher ausgeführt.

Ansatzpunkte auf der Gesellschaftsebene

Durch die Festlegung eines *Nationalen Aktionsplans* und durch den Aufbau einer ressortübergreifenden Stelle werden im besten Fall das Engagement der verschiedenen staatlichen, zivil- bzw. bürgerschaftlichen, wissenschaftlichen und weiteren gesellschaftlichen Akteur:innen angeregt und koordiniert sowie insbesondere Kommunen als Instanz der kommunalen Daseinsvorsorge unterstützt, eigene Aktionspläne aufzustellen und durchzuführen. Analog zu Programmen bzw. Strategien gegen Einsamkeit (vgl. Kapitel 2.1 und 5.2) erscheinen drei Säulen essenziell: 1. Die weitergehende wissenschaftliche Erforschung des Themenkomplexes – Einsamkeit, soziale Isolation und Exklusion sowie *einsames* Sterben und *unentdeckte* Tode – respektive der bundesweiten statistischen Erhebung *unentdeckter* Todesfälle, um wirksame Ansatzpunkte für gezielte Interventionen zu gewinnen. 2. Die Konzipierung, Umsetzung und Evaluation sozialpolitischer Maßnahmen zur Förderung des sozialen Zusammenhalts, der gesellschaftlichen Teilhabe und zur Reduzierung sozialer Ungleichheit. Die Thematik des *einsamen* Sterbens und des *unentdeckten* Todes wird als eine gesondert zu behandelnde Form der sozialen Ungleichheit und Exklusion am Lebensende betrachtet. Da *einsames* Sterben und *unentdeckte* Tode im Zusammenhang mit einer durch Einkommensarmut bestimmten Lebenslage in Verschränkung mit weiteren Problemlagen gehäuft auftreten, sollten inklusionsförderliche nationale Politiken diese intersektionalen Benachteiligungen durch die Entwicklung mehrdimensionaler Ansätze berücksichtigen. Die (Primär-)Prävention sollte auch auf die Gestaltung sozial gerechter Lebensverhältnisse und gleicher Verwirklichungschancen für ein ›gutes‹ gelingendes Leben zielen. 3. Durch die Verschränkung zweier gleichsam aversiver Gegenstände wie Sterben/Tod und Einsamkeit verstärken sich vermutlich auch Abwehr, Zurückweisung und Verdrängung in der Konfrontation. Um dem sehr ›zurückhaltenden‹, oft vermeidendem gesellschaftlichen Umgang mit der Thematik entgegenzuwirken, ist die Anregung des öffentlichen, politischen und wissenschaftlichen Diskurses mit dem Ziel eines Bewusstseinswandels und einer Entstigmatisierung notwendig.

---

4 In der Realität zeigen sich jedoch insbesondere in innenstadtnahen, bevölkerungsreichen und hochverdichteten Gebieten infolge der knappen Flächenverfügbarkeit städtebauliche Limitationen.

11. Schlussbetrachtung und Diskussion
Unentdeckte Tode und *einsames* Sterben – Zeichen sozialer Ungleichheit und Exklusion

Ziel der theoretisch wie empirisch angelegten Untersuchung war es, erstmalig eine solide sozialwissenschaftliche Fundierung dieser im öffentlichen, medialen, politischen und wissenschaftlichen Diskurs gleichermaßen brach liegenden Thematik zu erreichen und die Erkenntnisse auch für die Handlungspraxis fruchtbar zu machen. Vor dem Hintergrund des breiten Erkenntnisinteresses lautete die leitende Forschungsfrage: Welche (individuellen, sozialräumlichen und gesellschaftlichen) Bedingungen der Lebenslage begünstigen Prozesse der sozialen Vereinzelung, Vereinsamung und Exklusion sowie als Folgen auch ein *einsames* Sterben und einen *unentdeckten* Tod?

Die Exploration des Forschungsgegenstands ging von differenten Bezugspunkten und unterschiedlich prononcierten Fragestellungen aus. Die vielschichtigen Ergebnisse und Hinweise sind in den jeweiligen Kapiteln zusammengefasst. An dieser Stelle werden lediglich einzelne Kernaussagen aufgenommen und akzentuiert, um *einsames* Sterben und *unentdeckte* Tode in der kritischen Erscheinungsform als Zeichen sozialer Ungleichheit und Exklusion zu konturieren. Außerdem werden weiterführende Forschungsperspektiven aufgezeigt.

Der Zusammenhang eines *einsamen* Sterbens und eines *unentdeckten* Todes mit Armut, Arbeitslosigkeit, psychischen Erkrankungen sowie mit struktureller gesundheitlicher und sozialer Benachteiligung ist in verschiedenen Forschungsarbeiten (z.B. Kadoya 2005; Otani 2005; Nilsson/Lögdberg 2008; Fieseler/Pfandzelt/Zinka 2010, Merz et al. 2012, Kanawaku/Youkichi 2019) angenommen oder belegt worden (vgl. Kapitel 2.1). Der Sterbeort des eigenen – in sehr seltenen Fällen auch eines fremden – Zuhauses einschließlich der möglichen einsamkeits-, isolations- und exklusionsbegünstigenden Bedingungen ist jedoch kaum untersucht. Amtliche Statistiken zur Häufigkeit dieses Sterbeortes fehlen, aber es erscheint schlüssig, dass ca. ein Viertel aller Sterbefälle in einer privaten Wohnung eintreten (vgl. Kapitel 3.2; Dasch et al. 2015). Weitergehende Analysen, welche die Anzahl der allein Verstorbenen beziffern und die Gruppe der sozial unbegleiteten Verstorbenen näher bestimmen, sind nicht verfügbar.

Die differenzierte Betrachtung der physischen, psychischen und sozialen Prozesse des Sterbens (vgl. Kapitel 3.1) führt auch zu der ›bedrückenden‹ Erkenntnis, dass diese letzte Lebensphase ohne jede soziale, psychische und medizinische Unterstützung und ›Umhüllung‹ umso schmerzhafter erlebt werden dürfte, und dies insbesondere in dem Bewusstsein, für andere kaum bzw. keine Bedeutung mehr zu besitzen und aus der Gemeinschaft ausgeschlossen zu sein (Elias 2002: 66f.). Der Prozess des sozialen Sterbens, verstanden als Minderung bzw. Verlust von sozialen Teilhabechancen und als soziale Desintegration, verdeutlicht, dass die Art des Sterbens immer auch die Persönlichkeit und Biographie widerspiegelt und von der individuellen Lebenslage gerahmt ist. Das Lebensende verweist auf die fundamentalen Bedingungen des Lebensanfangs: Frühkindliche Benachteiligungen in Form beschränkter Lebens- und Entwicklungsmöglichkeiten – insbesondere im Kontext von Bildung und Gesundheit – prägen sich im weiteren Verlauf aus und manifestieren sich im Erwachsenenalter häufig in einer sozial benachteiligten Lebenslage (vgl. Beckh 2008: 7). Defizitäre Bindungs- und Beziehungserfahrungen der Kindheit können sich in mangelndem Vertrauen in andere, aber auch in sozialen Kontaktschwierigkeiten niederschlagen, so dass für diese Gruppe von einer tendenziell schwächeren sozialen Einbindung auszugehen ist.

Der gesellschaftliche Umgang mit den konkreten Aspekten des eigenen oder fremden Sterbens und des Todes ist durch eine auffällige Zurückhaltung geprägt. Die Medien haben die beträchtliche Relevanz dieses weit verbreiteten sozialen Phänomens (noch) nicht erkannt und fokussieren stattdessen einzelne Extremfälle. Es fehlt der Diskurs über ›gute‹, ›menschenwürdige‹ Sterbebedingungen jenseits der Diskussionen um Sterbehilfe und ein (sozial begleitetes) selbstbestimmtes Sterben.

Die Gefühlslage der Einsamkeit indiziert nicht nur eine individuelle, sondern auch eine gesellschaftliche Problemlage. Das Auftreten von Einsamkeit wird durch ungünstige sozialstruktureIle Bedingungen forciert und perpetuiert, so dass Einsamkeit – vor allem in Form der *Einsamkeit der sozialen Exklusion* – gehäuft im Zusammenhang mit einer sozial benachteiligten Lebenslage auftritt (vgl. Kapitel 5.3). Einsamkeit korreliert nicht nur mit Depression und anderen psychischen Erkrankungen, sondern auch mit einem verstärkten Auftreten von Suiziden, welche sowohl häufiger von Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status als auch im höheren bzw. hohen Alter ausgeführt werden (vgl. Kapitel 5.4.5). Die Mehrzahl der Suizide ist wiederum auf die Unzufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen zurückzuführen.

Die empirische Erforschung *unentdeckter* Tode erfolgte mittels Triangulation quantitativer und qualitativer Methoden. Die deskriptivstatistische Analyse hat das Phänomen exemplarisch für zwei Großstädte in Nordrhein-Westfalen vermessen. Zweifelsfrei steht hier die Erkenntnis, dass das Ausmaß des Vorkommens erheblich ist, und dass prognostisch mindestens von einer stagnierenden, eher von einer steigenden Inzidenz und einem zunehmenden sozialen Gradienten auszugehen ist. *Unentdeckte* Tode haben mindestens einen Anteil von einem Fünftel an allen privaten Sterbefällen (vgl. Kapitel 8.1).

Das Phänomen ist in zwei Kommunen untersucht worden. Prinzipiell sind *unentdeckte* Tode in Aachen und Gelsenkirchen im gesamten Stadtgebiet aufgetreten. Dennoch zeigen sich bereits bei niedrigen Liegezeiten Häufungen in bestimmten innenstadtnahen Bereichen, die sich mit steigender Liegezeit räumlich noch stärker segregieren. Die entsprechenden Sozialräume sind tendenziell in stärkerem Maße durch exklu-

sionsbegünstigende soziale, räumliche und infrastrukturelle Bedingungen beeinflusst. Der räumliche Fokus der eigenen Untersuchung liegt im urbanen Raum. So wie hier prinzipiell alle städtischen Gebiete als Sterbeorte *unentdeckter* Tode in Betracht kommen, so erscheint es gleichermaßen plausibel, dass auch der ländlich geprägte Raum – ebenso wie die städtischen Außenbezirke – betroffen ist, wenn auch mit niedrigeren Inzidenzen (vgl. Buster/Kiers/Das 2013). Es ist wichtig, in zukünftigen Studien nicht nur das quantitative Vorkommen vergleichend zu erheben, sondern auch zu überprüfen, ob im ländlichen Raum dieselben ›Risikogruppen‹ auszumachen, und wie gegebenenfalls Gebiete mit einem gehäuften Auftreten näher zu kennzeichnen sind. Erste vergleichende Analysen von städtischen und ländlichen Räumen könnten im Anschluss an die vorliegende Untersuchung Aachen und Gelsenkirchen mit den räumlich angrenzenden ländlich geprägten Regionen – etwa der Eifel und des nordöstlichen Ruhrgebiets bzw. des südlichen Münsterlands – kontrastieren.

Aachen und Gelsenkirchen weisen zwar sozialstrukturelle Unterschiede – hinsichtlich Arbeitslosigkeit und Einkommensarmut auf – und dennoch kann auch Aachen nicht als prosperierende Region mit geringer Arbeitslosigkeit und hohem Wohlstand angesehen werden, sondern liegt im Landesvergleich eher im Mittelfeld. Gelsenkirchen bildet das Schlusslicht aller Kommunen und weist im Vergleich zu Aachen auch eine erheblich größere Anzahl *unentdeckter* Tode auf. Daher erscheint es als eine weitere aufschlussreiche Forschungsperspektive, die statistische Auswertung der *unentdeckten* Tode zumindest für ein Jahr in möglichst vielen Städten und Kreisen des Landes durchzuführen, um zu überprüfen, ob sich die sozialstruktureIlen Standortbedingungen tatsächlich in einem graduell abgestuften Vorkommen *unentdeckter* Tode abbilden.

Die quantitativen Belege sind im Rahmen der Fall- und Feldforschung um explorative Erkundungen der Lebens- und Sterbeverhältnisse an einem Ort mit stark gehäuftem Auftreten *unentdeckter* Tode ergänzt worden. Außer möglichen exklusionsförderlichen Bedingungen des Sozialraums sind durch die Befragungen der Anwohner:innenschaft weitere soziale Hintergründe zur Erklärung des gehäuften Vorkommens und der ›späten‹ Auffindung ergründet worden. So bleibt auch die frappierende Erkenntnis, dass es gleichermaßen vorkommt, dass manche Nachbar:innen trotz physischer Nähe über Jahre bis in den Tod nicht ›gesehen‹ werden, und dass andere – trotz einer ›guten‹ sozialen Einbindung – ›versehentlich‹ erst nach Wochen ›vermisst‹ und dann tot aufgefunden werden.

In den zurückliegenden Jahrzehnten sind am Untersuchungsort die Prozesse der sozialen Segregation bei einer zunehmenden Heterogenität der Anwohner:innenschaft immer weiter fortgeschritten. In dieser Abwärtsentwicklung sind diejenigen mit Wahlmöglichkeiten fort- und immer mehr durch die Sozialbehörden zugewiesene Personen hinzugezogen. In der Konsequenz finden sich in der Straße eine Konzentration und Dichte der Armutslage in Verbindung mit weiteren sozialen und gesundheitlichen Problemen. Die Befindlichkeit der Menschen vor Ort ist stark von der Gefühlslage der Einsamkeit wie auch von (existentiellen) Ängsten und Depressionen geprägt. Das ›abgehängte‹ Wohnquartier mit in der Mehrheit einsamen, sozial isolierten und exkludierten Personen wird selbst zur Ursache der sozialen Ungleichheit und führt sowohl zu einem symbolischen als auch zu einem sozialräumlichen Ausschluss der hier lebenden Menschen. Die beiden empirischen Untersuchungen belegen, dass Suizide überdurch-

schnittlich häufig *unentdeckt* bleiben, was einerseits auf die mangelnde persönliche wie gesellschaftliche Unterstützung und andererseits auf die außergewöhnlich hohe psychosoziale Belastung der Verstorbenen zu Lebzeiten weist, die den Ausweg aus problematischen Verhältnissen letztlich in der Selbsttötung gesucht haben.

Als wesentliche übergreifende Erkenntnis aller in der Untersuchung verfolgten Bezugnahmen ist festzuhalten, dass *einsames* Sterben und *unentdeckte* Tode vor allem in einem Zusammenhang mit Einkommensarmut auftreten. Nach einem Verständnis der Armut als komplexer Lebenslage ist die Lebenssituation zum einen durch einen Mangel an ökonomischen Ressourcen, zum anderen aber auch durch die Beeinträchtigung der sonstigen (sozialen, kulturellen und gesundheitlichen) Möglichkeiten gekennzeichnet. Die verschiedenen Benachteiligungen addieren sich nicht einfach auf, sondern verstärken sich wechselseitig.

Die soziale und gesundheitliche Ungleichheit bildet sich in den Mortalitätsverhältnissen ab. Diese Erkenntnis ist nicht neu: Personen mit niedrigem Einkommen bzw. sozioökonomischen Status versterben früher als Personen mit höherem Einkommen bzw. Sozialstatus und können zudem durchschnittlich weniger gesunde Lebensjahre erwarten. Auch die Mortalitätsunterschiede zwischen Männern und Frauen sind bekannt. Das mittlere Todesalter der *unentdeckt* Verstorbenen liegt jedoch grundsätzlich und mit steigender Liegezeit noch deutlicher ausgeprägt weit unter der unterdurchschnittlichen Lebensdauer von Personen mit niedrigem Sozialstatus wie auch die geschlechtsspezifischen Differenzen der Mortalität für *unentdeckte* Tode noch deutlicher ausgeprägt sind. Die Gruppe der *unentdeckt* Verstorbenen ist durch eine eklatante Übersterblichkeit des mittleren Lebensalters gekennzeichnet, welche vor allem auf soziale, verhaltens- und umweltbedingte Faktoren zurückzuführen ist (vgl. Wiedemann/Wegner-Siegmundt/Luy 2015: 494).

Diese Beobachtungen gelten zumindest für die Gruppen der »ledigen« Männer und für die »geschiedenen/getrennten« Personen beiderlei Geschlechts. Die Ergebnisse für die dritte, häufig von einem *unentdeckten* Tod betroffene Gruppe weichen hiervon ab: Die »verwitweten« Frauen sind meist im höheren bzw. hohen Lebensalter verstorben und ihr Tod ist im Gegensatz zu den beiden anderen Gruppen vorrangig innerhalb der ersten Woche nach Todeseintritt entdeckt worden. Auch wenn die soziale Unterstützung der Senior:innen – mutmaßlich vor allem durch Pflegedienste und die eigenen Nachkommen – einen länger unbemerkten Tod verhindert hat, wird jedoch die psychische Belastung dieser Personengruppe durch die Gefühlslage der Einsamkeit – gerade wegen der alterstypisch vermehrten Gesundheitsbeeinträchtigungen und wegen des hierdurch bedingten umfänglicheren Verwiesen-Seins auf die eigene Wohnung – nicht minder intensiv eingeschätzt.

Die empirischen und theoretischen Ergebnisse untermauern die Annahme, dass hauptsächlich sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen in sozial benachteiligten/benachteiligenden Sozialräumen gefährdet sind, nicht nur nach geringerer Lebensdauer und bei tendenziell schlechterer Gesundheit, allein und unbegleitet zu versterben, sondern aufgrund der schwachen bzw. unzureichenden sozialen Einbindung auch erst nach längerer Liegezeit ›entdeckt‹ zu werden.

Die Güte der sozialen Einbindung zu Lebzeiten lässt sich zumindest graduell im postmortalen sozialen Handeln des sozial-räumlichen Umfelds ›ablesen‹. Abhängig von

der Dauer des Zeitraums, welcher bis zur Entdeckung des Todes vergeht, unterscheiden sich die Rückschlüsse auf die Quantität und Qualität der sozialen Beziehungen der Verstorbenen. *Unentdeckte* Tode weisen mehrheitlich nicht nur auf fehlende soziale Unterstützungs- sondern auch auf mangelnde Begegnungsmöglichkeiten im Wohnumfeld. Die sozialräumlichen Rahmenbedingungen forcieren den Rückzug und die soziale Isolierung in der eigenen Wohnung und damit auch die Wahrscheinlichkeit eines *einsamen* Sterbens und *unentdeckten* Todes infolge der sozialen Exklusionsprozesse. Benachteiligende Quartiere sollten durch städtebauliche Maßnahmen aufgewertet werden. Bei der (Neu-)Gestaltung ist die soziale Funktion der Räume stärker in den Vordergrund zu stellen. Um Vereinsamung, sozialer Isolation und Exklusion entgegenzuwirken und das gemeinschaftliche Zusammenleben zu stärken, sollte die Aufenthaltsqualität verbessert, kooperativ organisierte kostenlose Begegnungsmöglichkeiten mit intergenerativem und interkulturellem Charakter geschaffen oder auch inklusive Wohnprojekte verwirklicht werden, bei denen Personen abhängig vom Einkommen unterschiedliche Mieten für gleichwertigen Wohnraum bezahlen.

Die Verborgenheit und Unzugänglichkeit des Phänomens lassen sich nicht nur durch physischen Ausschluss bzw. Rückzug der Betroffenen begründen, sondern stehen maßgeblich in einem Zusammenhang mit dem dominierenden individualpsychologischen und gesellschaftlichen Umgang mit Sterben, Tod und Einsamkeit im Allgemeinen und mit *einsamem* Sterben und *unentdeckten* Toden im Besonderen. Um den Tendenzen der Dethematisierung, Tabuisierung, Vermeidung und Verdrängung entgegenzuwirken ist es notwendig, den Themenkreis auf allen politischen Ebenen öffentlich zu machen, eine Aufklärungskampagne zu initiieren, eine gesellschaftliche Debatte um menschenwürdige Lebens- und Sterbebedingungen anzustoßen und so allmählich eine soziale Sensibilisierung und Entstigmatisierung zu erreichen. Die Fragen *Wie wollen wir sterben?* und *Wie wollen wir bestattet werden?* sollten nicht nur im privaten Kreis, sondern gesellschaftspolitisch erörtert werden und mit der Formulierung von allgemeinen menschenrechtsbasierten Mindeststandards verbunden werden (vgl. Kapitel 4.2). Sozialpolitik ist hier eng mit ethisch-moralischen Fragestellungen verknüpft. Da auch die Möglichkeiten in der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod und der persönlichen Vorbereitung auf das eigene Lebensende eher einem sozioökonomisch besser gestellten Milieu verfügbar sind, müssen inklusive Zugangs- und Beteiligungsmöglichkeiten aufgebaut werden (vgl. Kapitel 4.4; Schnabel 2013: 206ff.)[1].

Das Wissen um die Zusammenhänge eines *einsamen* Sterbens und *unentdeckten* Todes ist noch begrenzt. Es ist notwendig, Abwehrimpulsen zu widerstehen und das sozialwissenschaftliche Interesse zukünftig verstärkt auf dieses bislang wenig bestellte Forschungsfeld zu richten, durch systematische, interdisziplinär ausgerichtete Untersuchungen weitere theoretische wie empirische Kenntnisse zu erwerben und die Kontextualisierung somit immer weiter zu vervollständigen. Hierdurch wird auch die

1 Die systematische Etablierung von »end-of-life-care« bzw. »death education« in relevanten Ausbildungs-, Fort- und Weiterbildungsgängen sowie die curriculare Verortung des Kontexts von Sterben und Tod in der Schule kann dazu beitragen, dass nicht nur der konkrete Umgang mit dem eigenen und dem fremden Sterben angeregt wird, sondern dass der Diskurs um menschenwürdige Sterbebedingungen um die Gestaltung menschenwürdiger Lebensbedingungen erweitert wird.

Konzipierung von *Good Practice*-Ansätzen (in Kombination von Einzel-, Gruppen- und sozialraumorientierten Maßnahmen) zur Vermeidung und Bekämpfung von Einsamkeit, sozialer Isolation und sozialer Exklusion sowie *einsamen* Sterbens und eines *unentdeckten* Todes unterstützt. Die vorgeschlagenen Maßnahmen (vgl. Kapitel 10) sind kaum belegt und müssen noch weiter untersucht werden. Die fortlaufende wissenschaftlich begleitete Evaluation der Strategien gewährleistet die Anpassung an interindividuell divergierende Bedürfnisse und vielfältige sozialräumliche Voraussetzungen. Das Sozialmonitoring der Kommunen kann durch die ergänzende statistische Erhebung und Auswertung *unentdeckter* Tode noch differenzierter Orte und Personengruppen mit brüchigen oder fehlenden sozialen Netzwerken bestimmen und Voraussetzungen schaffen, welche vereinsamenden, isolierenden und exkludierenden Bedingungen entgegenwirken. Die Analyse *unentdeckter* Tode hat verdeutlicht, dass die Thematik nicht weiter brach liegen sollte, sondern gesellschaftliche, politische und wissenschaftliche Beachtung finden muss. Wenn die sozialen Entstehungsbedingungen im Kontext der Armutslage nicht weitergehend erforscht und sozialpolitisch gestaltet werden, ist zukünftig von einem weiteren Anstieg *unentdeckter* Tode insgesamt und insbesondere von Toden mit höheren Liegezeiten in sozial benachteiligten Gruppen zu rechnen.

Als ein weiteres Forschungsdesiderat ist die Untersuchung möglicher Folgen der Corona-Pandemie auf das Auftreten und die Erscheinungsformen *unentdeckter* Tode zu benennen. Frühere Forschungsarbeiten bestätigten einen Anstieg *unentdeckter* Tode im Zusammenhang mit Naturkatastrophen wie Erdbeben und extremen Hitzeereignissen (vgl. Kapitel 2.1). Durch diese ›äußeren‹ Ereignisse wurden die bestehenden sozialen Netzwerke beschädigt bzw. zerstört oder waren nicht mehr in demselben Maße wie zuvor zugänglich. Infolge der widrigen Umweltbedingungen bzw. der unzureichenden Versorgungs- und Begegnungsmöglichkeiten im Wohnumfeld wurde die ›Verhäuslichung‹ – und damit auch die soziale Isolierung und Vereinsamung – der betroffenen Menschen am Lebensende befördert.

Während der Corona-Pandemie wurden die sozialen Begegnungs- und Kontaktmöglichkeiten ebenfalls stark beschränkt und hierdurch der Rückzug in den privaten Bereich wie auch die Fokussierung auf die bestehenden engen persönlichen Netzwerke forciert.

Erste Untersuchungen zu den sozialen und psychischen Folgeerscheinungen weisen sowohl auf höhere Einsamkeitswerte in allen Bevölkerungsgruppen, vor allem bei jüngeren Personen und bei Frauen (Entringer et al. 2020; *SOEP-CoV*[2]; *DZA* 2021; Bücker 2021), als auch auf eine Verschärfung der sozialen Ungleichheiten während der Corona-Krise (z.B. Hövermann 2020; Hövermann/Kohlrausch 2020; Huang 2020; *BIB* 2021; *BPB* 2021; *Destatis* 2021).

Dies bedeutet, dass viele (vor allem alleinlebende) Personen mit geringen sozialen, ökonomischen und kulturellen Ressourcen durch die Pandemie in stärkerem Maße auf sich selbst zurückgeworfen wurden und gehäuft Belastungen durch Einsamkeit, soziale Isolation und Exklusion erfahren haben.

2 Informationen zum Projekt sowie Veröffentlichungen der Projektergebnisse sind abrufbar unter: https://www.diw.de/de/diw_01.c.785843.de/dossier/dossier_soep-cov.html

Deskriptivstatistische Vergleichsanalysen der Jahre vor und während der Corona-Pandemie können hier ansetzen und klären, ob die beschriebenen negativen Entwicklungen auch zu einem erhöhten Auftreten *einsamen* Sterbens und *unentdeckter* Tode geführt haben, und ob hiervon insbesondere Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status – betroffen waren. Durch ergänzende qualitative Fall- und Feldforschungen ließen sich zudem die (veränderten) Lebens- und Sterbeverhältnisse für den Sterbeort des eigenen Zuhauses explorieren.

Die Stärkung des gesellschaftlichen Zusammenhalts und die Gestaltung gleichwertiger inklusionsbegünstigender Lebensbedingungen sind staatliche Querschnittsaufgaben. Die Analyse des interdependenten Wirkungsgefüges hat verdeutlicht, dass auch die Strategien *einsamen* Sterbens und *unentdeckter* Tode im Kontext der Sozial- und Gesundheitspolitik ressortübergreifend und mit dem spezifizierten Blick auf die sozialen und psychischen Folgeerscheinungen der Einsamkeit, der sozialen Isolation und Exklusion konzipiert sein müssen.

Die vorgeschlagenen sozialpolitischen Maßnahmen sind auch geeignet das gesellschaftliche Miteinander insgesamt zu stärken. Zusammenhalt bedingt soziale Netzwerke. *Unentdeckte* Tode zeigen an, wo diese fehlen oder brüchig sind. Die Inzidenzen *unentdeckter* Tode und deren quantitative Entwicklung sind geeignete Parameter zur Beurteilung der Qualität der sozialen Lebens- und Sterbebedingungen und des gesellschaftlichen Zusammenhalts. Ein gehäuftes Auftreten *unentdeckter* Tode weist auf über dem Durchschnitt liegende Benachteiligungen im Zugang und in der Verteilung der für die gesellschaftliche Teilhabe grundlegenden Ressourcen. Diesen Orten und den betroffenen Personengruppen mangelt es an Verbindungen zu organisierten wohlfahrtstaatlichen Unterstützungsstrukturen wie auch an gesellschaftlicher Solidarität – und dies nicht nur in der letzten Lebensphase und über den Tod hinaus. Fundamental für eine breite gesellschaftliche Zustimmung erscheinen eine *bottom up* ausgerichtete Handlungspraxis und eine *top down* angestoßene Solidaritätsinitiative für sogenannte ›schwache‹ Interessen.

Es ist richtig, dass der Tod als »der große Gleichmacher« (Schneider 2006: 1; Ahn/Miczek/Rakow 2011: Klappentext) ohne Ausnahme alle Menschen betrifft, aber die Untersuchung hat eindringlich die bestehenden sozialen Ungleichheiten in der Sterbephase und im Umgang mit den Verstorbenen hervortreten lassen. Die Folgen sozialer Benachteiligungen und sozialer Exklusion verflüchtigen sich nicht am Lebensende. Im Gegenteil: In der Sterbephase und im Tod treten sie umso markanter hervor. Manche Schilderungen der Sterbens- und Todesumstände *unentdeckt* Verstorbener lassen sich nur schwerlich mit dem Leitbild der Menschenwürde der Sterbenden und der Toten in Einklang bringen. In vielen Fällen setzt sich die Diskriminierung zudem im Rahmen einer bürokratischen Abwicklung und einer wenig respektvollen Verabschiedung im Rahmen der *Bestattungen von Amts wegen* fort (vgl. Kapitel 4.2). Eine zivilisierte Gesellschaft lässt sich auch daran messen, inwiefern sie nicht nur für gleichwertige ›gute‹ Lebensbedingungen, sondern auch für ›gute‹ Sterbebedingungen und Bestattungen aller Gesellschaftsmitglieder – und ganz besonders der vulnerablen Bevölkerungsgruppen – ringt.

Jeder (sozial und/oder räumlich) nahe Tod erinnert an die eigene Sterblichkeit und Endlichkeit. Am Ende dieser Untersuchung steht der Wunsch, dass die Ergebnisse der

Arbeit im Sinne eines modernen ›Memento mori‹ das Nachdenken über den Umgang mit dem eigenen und fremden Sterben und Tod anregen und das Engagement für sozial gerechte Lebens- und Sterbebedingungen voranbringen.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Ahn, Gregor/Miczek, Nadja/Rakow, Katja (Hg.) (2011): Diesseits, Jenseits und Dazwischen? Die Transformation und Konstruktion von Sterben, Tod und Postmortalität. Bielefeld: transcript Verlag.

Ahrens, Petra-Angela/Wegner, Gerhard (2015): Die Angst vorm Sterben. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage zur Sterbehilfe. Hannover: Sozialwissenschaftliches Institut der EKD (SI). URL: https://www.siekd.de/wp-content/uploads/2018/08/2014127941_Sterbehilfe_layout_web.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Althaus, Eveline (2018): Sozialraum Hochhaus. Nachbarschaft und Wohnalltag in Schweizer Großwohnbauten. Bielefeld: transcript verlag.

Amendt, Jens/Zehner, Richard/Bratzke, Hansjürgen (2003): Forensische Insektenkunde. Ein aktueller Forschungszweig der Rechtsmedizin. In: Deutsches Ärzteblatt, 100. Jg., Ausgabe 12/2003, S. A3382-A3385. URL: https://cdn.aerzteblatt.de/pdf/100/51/a3382.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Amendt, Jens/Zissler, Angela/Lutz, Lena/Szelecz, Ildikò/Habermann, Antje/Pittner, Stefan (2020): Interdisziplinarität in der Forensik. Todeszeitbestimmung nach langer Liegezeit. DOI: https://doi.org/10.1002/biuz.202010698.

Anton, Adrian (2008): Der arme Tod: Armut und Bestattungskultur. URL: https://www.kulturwissenschaften.uni-hamburg.de/ekw/forschung/publikationen/vokus/vokus200901/media/anton-vokus2009-1.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Antonucci, Toni/Sherman, Aurora M./Akiyama, H. (1996): Social Networks, Support, and Integration. In: Encyclopedia of Gerontology. Second Edition 2007. S. 531–541. DOI: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/60.6.S311.

Arbeitsagentur (2019): Städteregion Aachen. URL: https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Regionen/Politische-Gebietsstruktur/Nordrhein-Westfalen/Aachen-Staedteregion-Nav.html. [Letzter Zugriff: 20.07.2019]

ARD (2019): Informationsseite zu: scobel – Epidemie Einsamkeit. 14.02.2019, 21:00 Uhr. URL: https://programm.ard.de/TV/3sat/scobel---epidemie-einsamkeit/eid_280071160319031. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Ariès, Philippe (1980): Geschichte des Todes. München, Wien: Hanser.

Asher, Steven/Paquette, Julie A. (2003): Loneliness and peer relations in childhood. In: Current Directions in Psychological Science, Ausgabe 3/2003, S. 75–78. URL:

https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1111/1467-8721.01233. [Letzter Zugriff: 02. 01.2023]

Augé, Marc (1994): Orte und Nicht-Orte. Vorüberlegungen zu einer Ethnologie der Einsamkeit. Frankfurt a.M.: Fischer.

Backhaus, Luisa/Hartwig, Sven (2017): Das heimliche Leben mit verstorbenen Angehörigen. In: Rechtsmedizin, 28. Jg., Ausgabe 3/2017, S. 1–5. DOI: http://dx.doi.org/10.1007/s00194-017-0194-6.

Baltes, Margret M./Horgas, Ann L./Klingenspor, Barbara/Freund, Alexandra M./Carstensen, Laura L. (1996): Geschlechtsunterschiede in der Berliner Altersstudie. In: Mayer, Karl-Ulrich/Baltes, Paul B. (Hg.) (1996): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie-Verlag. S. 573–598.

Bannwitz, Johannes (2009): Emotionale und soziale Einsamkeit im Alter. Eine empirische Analyse mit dem Alterssurvey 2002. Diplomarbeit im Fach Soziologie. URL: https://silo.tips/download/emotionale-und-soziale-einsamkeit-im-alter. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Bauer, Joachim (2006): Das Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren. Hamburg: Hoffmann & Campe.

Bauer, Joachim (2011): Schmerzgrenze. Vom Ursprung alltäglicher und globaler Gewalt. München: Blessing.

Baum, Detlef (Hg.) (2007): Die Stadt in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch für soziale und planende Berufe. Wiesbaden: VS Verlag.

Baumeister Roy F./Leary Mark R. (1995): The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachment as a Fundamental Human Motivation. In: Psychological Bulletin, Ausgabe 117/1995, S. 497–529. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7777651. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Baumeister Roy F./Twenge, Jean M./Nuss, Christopher K. (2002): Effects of social exclusion on cognitive processes: Anticipated aloneness reduces intelligent thought. In: Journal of Personality and Social Psychology, 83. Jg., Ausgabe 4/2002, S. 817–827. DOI: http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.83.4.817.

Beck, Ulrich (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a.M.: Edition Suhrkamp.

Beckh, Katharina (2008): Bindung, soziale Kognition und die Balance von Autonomie und Verbundenheit in den Liebesbeziehungen junger Paare. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie an der Ludwig-Maximilians-Universität München. URL: https://edoc.ub.uni-muenchen.de/9424/2/Beckh_Katharina.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Benkel, Thorsten (2008): Der subjektive und der objektive Tod: ein Beitrag zur Thanatosoziologie. In: Psychologie und Gesellschaftskritik, 32. Jg., Ausgabe 2 und 3/2008, S. 131–153. URL: https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-325732. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Benkel, Thorsten (2012): Die Verwaltung des Todes. Annäherungen an eine Soziologie des Friedhofs. Berlin: Logos Verlag.

Benz, Ernst (1967): Einsamkeit und Einsiedlerideal im Protestantismus des 18. und 19. Jahrhunderts. In: Bitter, Wilhelm (Hg.) (1967): Einsamkeit in medizinisch-psycho-

logischer, theologischer und soziologischer Sicht. München: Kindler Verlag GmbH. S. 148–165.

Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2017): Hohes Alter, aber nicht für alle. Wie sich die soziale Spaltung auf die Lebenserwartung auswirkt. Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. URL: https://www.berlin-institut.org/studien-analysen/detail/hohes-alter-aber-nicht-fuer-alle. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Bertelsmann Stiftung (2019): Themen. Downloads. Tabelle: Armutsquoten in deutschen Großstädten 2007 und 2016. URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Monitor_Nachhaltige_Kommune/Tabelle_Monitor-Nachhaltige-Kommune-2018_Armutsquoten-nach-Grossstaedten-mit-Bundeslaendern_20190402.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Beutel, Manfred E./Klein, Eva M./Brähler, Elmar/Reiner, Iris/Jünger, Claus/Michal, Matthias/Tibubos, Ana N. (2017): Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. In: BMC Psychiatry, Artikel 97/2017. DOI: https://doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x.

Beyer, Sigrid (2008): Frauen und Sterben: Gender und Palliative Care. Freiburg: Lambertus.

Bickel, Horst (1998): Das letzte Lebensjahr. Eine Repräsentativstudie an Verstorbenen. Wohnsituation, Sterbeort und Nutzung von Versorgungsangeboten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Nr. 31, 1998: 193–204.

Binder, Wolfgang (1980): Einsamkeit als Thema der Literatur. In: Schultz, Hans Jürgen (Hg.) (1980): Einsamkeit. 2. Auflage. Stuttgart: Kreuz Verlag. S. 92–104.

Birngruber, Christoph G. (2018): Ein Beitrag zu morphologischen Methoden der Identitätssicherung bei unbekannten Verstorbenen. Habilitationsschrift zur Erlangung der Lehrbefähigung für das Fach Rechtsmedizin im Fachbereich Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen. URL: https://d-nb.info/1182893279/34. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Boeckh, Jürgen (2012): Einkommen und soziale Ausgrenzung. In: Huster, Ulrich/Boeckh, Jürgen/Mogge-Grotjahn, Hildegard (Hg.) (2012): Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung. 2. Auflage. Wiesbaden: VS-Verlag. S. 319–341.

Böger, Anne/Wetzel, Martin/Huxhold, Oliver (2017): Allein unter vielen oder zusammen ausgeschlossen: Einsamkeit und wahrgenommene soziale Exklusion in der zweiten Lebenshälfte. In: Mahne, Katharina/Wolff, Julia K./Simonson, Julia/Tesch-Römer, Clemens (Hg.) (2017): Altern im Wandel: zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. S. 269–285. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8.

Bohn, Caroline (2006): Einsamkeit im Spiegel der sozialwissenschaftlichen Forschung. Dissertation zur Erlangung des Grades einer Doktorin der Philosophie. URL: https://eldorado.tu-dortmund.de/bitstream/2003/23001/2/Diss.Bohn.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Bohn, Caroline (2008): Die soziale Dimension der Einsamkeit unter besonderer Berücksichtigung der Scham. Hamburg: Verlag Kovač.

Bohn, Caroline (2018): Einsamkeit und Scham – Ein leidvolles Geschwisterpaar. In: Hax-Schoppenhorst, Thomas (Hg.) (2018): Das Einsamkeitsbuch. Wie Gesund-

heitsberufe einsame Menschen verstehen, unterstützen und integrieren können. Bern: Hogrefe. S. 132–139.

Böhnisch, Lothar (2013): Lebensbewältigung und Bewältigungslage als Kategorien der Gemeinwesenarbeit. In: Stövesand, Sabine/Stoik, Christoph/Troxler, Ueli (Hg.) (2013): Handbuch Gemeinwesenarbeit. Traditionen und Positionen, Konzepte und Methoden. Deutschland Schweiz Österreich. Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit, Band 4. Opladen, Berlin und Toronto: Verlag Barbara Budrich. S. 122–127.

Böhnisch, Lothar (2015): Nachbarschaft als Medium der Vergesellschaftung? In: Reutlinger, Christian/Stiehler, Steve/Lingg, Eva (Hg.) (2015): Soziale Nachbarschaften. Geschichte, Grundlagen, Perspektiven. Wiesbaden: Springer VS. S. 155–161.

Böltken, Ferdinand (2000): Soziale Distanz und räumliche Nähe: Einstellungen und Erfahrungen im alltäglichen Zusammenleben von Ausländern und Deutschen im Wohngebiet. In: Alba, Richard/Schmidt, Peter/Wasmer, Martina (Hg.) (2000): Deutsche und Ausländer: Freunde, Fremde oder Feinde? Empirische Befunde und theoretische Erklärungen. Blickpunkt Gesellschaft 5. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. S. 147–194. URL: https://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/Blickpunkt/5/boeltken.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Bommes, Michael/Scherr, Albert (1996): Soziale Arbeit als Exklusionsvermeidung, Inklusionsvermittlung und/oder Exklusionsverwaltung. In: Merten, Roland/Sommerfeld, Peter/Koditek, Thomas (Hg) (1996): Sozialarbeitswissenschaft – Kontroversen und Perspektiven. Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand. S. 93–120.

Boufeljah, Nadja (2014): Über Emotionssoziologie, Neid und die Emotionalisierung der Gegenwartsgesellschaft. Experteninterview mit Professor Dr. Sighard Neckel. In: Soziologiemagazin, Ausgabe 2/2014, S. 4–12. URL: https://issuu.com/soziologiemagazin/docs/soziologiemagazin-10. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Bourdieu, Pierre (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel. Reinhard (Hg.): Soziale Ungleichheiten. Göttingen: Schwartz. S. 183–198.

Bourdieu, Pierre et al. (Hg.) (1997): Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.

Bourdieu, Pierre (1997): Ortseffekte. In: Bourdieu, Pierre et al. (Hg.) (1997): Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH. S. 159–167.

Bourdieu, Pierre (1997): Verstehen. In: Bourdieu, Pierre et al. (1997): Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH. S. 779–822.

Bourdieu, Pierre (2015): Die verborgenen Mechanismen der Macht (Schriften zu Politik und Kultur). Hamburg: VSA.

Bowlby, John (1969): Attachment and Loss. Volume 1. Attachment. New York: Basic Books.

Bowlby, John (1973): Attachment and Loss. Volume 2. Separation: Anxiety and Anger. New York: Basic Books.

Bowlby, John (1980): Attachment and Loss. Volume 3. Loss, Sadness and Depression. New York: Basic Books.

Brenneke, Andreas/Reploh, Karl-Georg (Hg.) (2017): Memento. 10 Jahre Initiative Unbedachte – Bedachte/Gottesdienst für die Unbedachten in Bochum. Bochum: Evangelischer Kirchenkreis Bochum & Katholisches Stadtdekanat Bochum und Wattenscheid.

Brenneke, Andreas (2017): Liturgie als Seelsorge an den Rändern des Lebens. In: Brenneke, Andreas/Reploh, Karl-Georg (Hg.) (2017): Memento. 10 Jahre Initiative Unbedachte – Bedachte/Gottesdienst für die Unbedachten in Bochum. Bochum: Evangelischer Kirchenkreis Bochum & Katholisches Stadtdekanat Bochum und Wattenscheid. S. 35–43.

Bresgott, Klaus-Martin (2014): Vertrautes Gefühl. Unverstanden. Über Einsamkeit im Leben und in der Literatur. In: Zeitzeichen, Band 15, Ausgabe 12/2014, S. 30–32.

British Red Cross (2017): Blog. Older people and loneliness: five things you need to know. URL: http://blogs.redcross.org.uk/health/2017/03/older-people-loneliness-five-things-need-know/. [Letzter Zugriff: 07.05.2019]

British Red Cross (o.J.): Informationsseite. Action on loneliness. URL: https://www.redcross.org.uk/about-us/what-we-do/action-on-loneliness. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Bronisch, Thomas (2014): Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention. 6. Überarbeite Auflage. München: C. H. Beck.

Buba, Hans Peter/Weiß, Hilde (2003): Einsamkeit und soziale Isolation schwuler Männer: Bericht zum Projekt Grundlagenforschung Einsamkeit und soziale Isolation schwuler Männer. Projekt im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Bamberg: Sozialwissenschaftliche Forschungsstelle der Otto-Friedrich-Universität Bamberg (SOFOS).

Buchner, Moritz/Götz, A.-M. (Hg.) (2016): transmortale: Sterben, Tod und Trauer in der neueren Forschung. Köln, Weimar, Wien: Böhlau Verlag.

Bude, Heinz/Lantermann, Ernst-Dieter (2006): Soziale Exklusion und Exklusionsempfinden. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Band 58, Ausgabe 2/2006, S. 233–252.

Bücker, Susanne (2021): Einsamkeit – Erkennen, evaluieren und entschlossen entgegentreten. Schriftliche Stellungnahme für die öffentliche Anhörung BT-Drs. 19/25249. URL: https://www.bundestag.de/resource/blob/833538/3db278c99cb6df3362456fefbb6d84aa/19-13-135dneu-data.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Bujard, Martin (2015): Kinderlosigkeit in Deutschland: Wie interagieren Bildung, Wohnort, Migrationshintergrund, Erwerbstätigkeit und Kohorte? In: Zeitschrift für Familienforschung, 27. Jg., Ausgabe 3/2015, S. 270–296. URL: https://www.bib.bund.de/Publikation/2015/pdf/Kinderlosigkeit-in-Deutschland-Wie-interagieren-Bildung-Wohnort-Migrationshintergrund-Erwerbstaetigkeit-und-Kohorte.pdf?__blob=publicationFile&v=2. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Bujard, Martin/Dorbritz, Jürgen/Herter-Eschweiler, Robert/Lux, Linda (2015): Das unterschätzte Potenzial hoher Fallzahlen – Stärken und Limitierungen des Mikrozensus am Beispiel von Fertilitätsanalysen. In: Zeitschrift für Familienforschung, 27. Ausgabe 3/2015, S. 343–372. URL: https://ubp.uni-bamberg.de/jfr/index.php/jfr/article/view/43/39. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BIB) (2018): Private Haushalte. Einpersonenhaushalte in Deutschland nach Geschlecht, 1950 bis 2016. URL: https://www.bib.bund.de/Permalink.html?id=10339448. [Letzter Zugriff: 30.08.2019]

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BIB) (2019): European Sociological Association 2019. Von Alterung bis Zuwanderung: Aktuelle Befunde. URL: https://www.bib.bund.de/DE/Aktuelles/2019/2019-09-30-ESA-Jahrestagung-Von-Alterung-bis-Zuwanderung.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BIB) (2021): Pressekonferenz Datenreport 2021, 11.03.2021: Mehr soziale Ungleichheit in Corona-Zeiten. URL: https://www.bib.bund.de/DE/Aktuelles/2021/2021-03-11-Pressekonferenz-Datenreport-2021-Mehr-soziale-Ungleichheit-in-Corona-Zeiten.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (BMI) (2020): Artikel Heimat & Integration. Islam in Deutschland. URL: https://www.bmi.bund.de/DE/themen/heimat-integration/staat-und-religion/islam-in-deutschland/islam-in-deutschland-node.html#Start. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2006): Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik Siebter Familienbericht. URL: https://www.bmfsfj.de/blob/76276/40b5b103e693dacd4c014648d906aa99/7--familienbericht-data.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2007): Chancen Erkennen und Nutzen. Alternde Gesellschaften im internationalen Vergleich. Gutachten des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. URL: https://www.bmfsfj.de/resource/blob/78964/e8ccc6bd13bdf1cbad217b64f38b41f0/chancen-erkennen-alternde-gesellschaft-internationaler-vergleich-data.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2016): Familien mit Migrationshintergrund: Analysen zur Lebenssituation, Erwerbsbeteiligung und Vereinbarkeit von Familie und Beruf. 2. aktualisierte und überarbeitete Auflage. URL: https://www.bmfsfj.de/blob/93744/3de8fd035218de20885504ea2a6de8ce/familien-mit-migrationshintergrund-data.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2019): Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte – Älterwerden im sozialen Wandel. Zentrale Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) 1996 bis 2017. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). URL: https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/frauen-und-maenner-in-der-zweiten-lebenshaelfte-aelterwerden-im-sozialen-wandel-135042. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Bundesregierung (2018): Koalitionsvertrag 2018. Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode. URL: https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/koalitionsvertrag-zwischen-cdu-csu-und-spd-195906. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Bundesregierung (2020): Einsamkeit während der COVID-19-Pandemie. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Andrew Ullmann, Otto

Fricke, Michael Theurer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP. Drucksache 19/21414 vom 02.08.2020. Köln: Bundesanzeiger Verlag GmbH. URL: https://dserver.bundestag.de/btd/19/220/1922029.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Bundeszentrale für politische Bildung (BPB) (2017/2018): Dossier Stadt und Gesellschaft. Berlin. URL: www.bpb.de/politik/innenpolitik/stadt-und-gesellschaft/64404/schrumpfende-stadt. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Bundeszentrale für Politische Bildung (BPB) (2018a): Europa. Scheidungen. URL: https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/europa/70518/scheidungen/. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Bundeszentrale für politische Bildung (BPB) (2018b): Datenreport 2018. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. URL: https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2018.pdf?__blob=publicationFile&v=4. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Bundeszentrale für politische Bildung (BPB) (2019): Die soziale Situation in Deutschland. Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur. Bevölkerung in absoluten Zahlen, Anteile der Altersgruppen in Prozent, 1970 bis 2060. URL: https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61541/altersstruktur. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Bundeszentrale für politische Bildung (BPB) (2020): Armutsgefährdungsquoten. 20.9.2020. URL: https://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61785/armutsgefaehrdung. [Letzter Zugriff: 27.12.2020]

Bundeszentrale für politische Bildung (BPB) (2021): Datenreport 2021. Soziale Ungleichheit in der Beschäftigungssituation während der frühen Phase der Coronakrise. URL: https://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2021/auswirkungen-der-coronapandemie/330402/soziale-ungleichheit-in-der-beschaeftigungssituation-waehrend-der-fruehen-phase-der-coronakrise. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Bungard, Walter (1975): Isolation und Einsamkeit im Alter: Eine sozialpsychologische Studie. In: Kölner wirtschafts- und sozialwissenschaftliche Abhandlungen, Band 11. Köln: Hanstein.

Burda, Philip C./Vaux, Alan/Schill, Thomas (1984): Social support resources: Variation across sex and sex role. In: Personality & Social Psychology Bulletin. 10. Jg., Ausgabe 1/1984, S. 119–126.

Burke, Moira/Kraut, Robert E. (2016): The relationship between facebook use and well-being-depends on communication type and tie strength. In: Journal of Computer-Mediated Communication, Band 21, Ausgabe 4/2016, S. 265–281. DOI: https://doi.org/10.1111/jcc4.12162. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Buster Marcel/Kiers, Chantal/Das, Kees (2013): Woninglijken een probleem van de grote stad? GGD Amsterdam, Cluster Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering, Amsterdam. G4 USER (2012) Conceptueel kader OGGZ. Academische werkplaats G4-USER. URL: https://adoc.tips/woninglijken-een-probleem-vande-grote-stad-marcel-buster-1-.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Buster, Marcel/Runtuwene, Natalie/van den Hondel, Karen/van Bergen, Addi/Gilissen, Renske (2014): Woninglijken in de G4. URL: https://www.g4-user.nl/wp-content/uploads/2019/04/woninglijken_in_g4_0.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Butterwegge, Christoph (2020): Die zerrissene Republik. Wirtschaftliche, soziale und politische Ungleichheit in Deutschland. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Byard, Roger W./Tsokos, Michael (2007): Forensic issues in cases of Diogenes Syndrome. In: The American Journal of Forensic Medicine and Pathology, Band 28, Ausgabe 6/2007, S. 177–181. DOI: doi: 10.1097/PAF.0b013e31805f67e5.

Byard, Roger W./Farrell, Emily/Simpson, Ellie Kristina (2008): Diagnostic yield and characteristic features in a series of decomposed bodies subject to coronial autopsy. In: Forensic Science Medicine and Pathology, Band 4, Ausgabe 1/2008, S. 9–14. DOI: http://dx.doi.org/10.1007/s12024-007-0025-2

Cacioppo, John T./Fowler, James H./Christakis, Nicholas A. (2009): Alone in the Crowd: The Structure and Spread of Loneliness in a Large Social Network. In: Journal of Personality and Social Psychology, 97. Jg., Nr. 6, S. 977–991. DOI: https://doi.org/10.1037/a0016076.

Cacioppo, John T./Patrick, William (2011): Einsamkeit. Woher sie kommt, was sie bewirkt, wie man ihr entrinnt. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Cacioppo, John T./Cacioppo, Stephanie/Cole, Steven W./Capitanio, John P./Goossens, Luc/Boomsma, Dorret I. (2015): Loneliness across phylogeny and a call for comparative studies and animal models. In: Perspectives on Psychological Science, Band 10, Ausgabe 2/2015, S. 202–212. DOI: 10.1177/1745691614564876.

Campobasso, Carlo P./Falamingo, Rosa/Grattagliano, Ignazio/Vinci, Francesco (2009): The Mummified Corpse in a Domestic Setting. In: The American journal of forensic medicine and pathology: official publication of the National Association of Medical Examiners, Band 30, Ausgabe 3/2009, S. 307–310. DOI: http://dx.doi.org/10.1097/PAF.0b013e318187df4b.

Carp, Eugène Antoine Désiré Émile (1967): Einsamkeit – psychologisch – soziologisch – religiös. In: Bitter, Wilhelm (Hg.) (1967): Einsamkeit in medizinisch-psychologischer, theologischer und soziologischer Sicht. München: Kindler Verlag GmbH. S. 79–91.

Citlak, Banu/Schwegmann, Agnes (2015): Migration und soziale Netzwerke von Familien im Ruhrgebiet. In: El-Mafaalani, Aladin/Strohmeier, Klaus Peter (2015): Auf die Adresse kommt es an… Segregierte Stadtteile als Problem- und Möglichkeitsräume begreifen. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. S. 349–367.

Cline, Sally (1997): Frauen sterben anders. Wie wir im Leben den Tod bewältigen. Bergisch-Gladbach: Gustav Lübbe.

COOP/British Red Cross (2016): Report. Trapped in a bubble. An investigation into triggers for loneliness in the UK. URL: https://www.co-operative.coop/campaigning/loneliness. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Crittenden, Patricia M. (1985): Maltreated infants: Vulnerability and resilience. In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, Band 26, S. 85–96.

Dahl, Nils (2016): Kodokushi. Lokale Netzwerke gegen Japans einsame Tode. Bielefeld: transcript Verlag.

Dahl, Nils (2020): Einsamkeit. Kodokushi – Japans einsame Tode. URL: https://alzheimer.ch/de/alltag/lebensraum/magazin-detail/634/kodokushi-japans-einsame-tode/. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

DAK (2008): Gesundheitsreport 2008. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Mann und Gesundheit. URL: https://epub.sub.uni-hamburg.de//epub/volltexte/2011/7863/pdf/Gesundheitsreport_2008.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

DAK-Gesundheit (DAK) (2016): Pflegereport 2016. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Band 14. Prof. Dr. h. c. H. Rebscher (Hg.). URL: https://www.sozial.de/dak-pflegereport-2016-zu-hause-sterben-das-braucht-unterstuetzende-strukturen.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Dangschat, Jens S./Alisch Monika (2014): Soziale Mischung – die Lösung von Integrationsherausforderungen? In: Gans, Paul (Hg.) (2014): Räumliche Auswirkungen der internationalen Migration. Forschungsberichte der Akademie für Raumforschung und Landesplanung, Nummer 3. Hannover: Verlag der ARL -Akademie für Raumforschung und Landesplanung. S. 200–218. URL: http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0156-07540. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Dasch, Burkhard (2017): Deskription und Analyse des Sterbeortes in ausgewählten Regionen Deutschlands auf Grundlage epidemiologischer Querschnittserhebungen im ambulanten und stationären Setting. Habilitationsschrift. DOI: https://doi.org/10.5282/edoc.22393.

Dasch, Burkhard/Blum, Klaus/Gude, Philipp/Bausewein, Claudia (2015): Place of death. Trends over the course of a decade: A population-based study of death certificates from the years 2001 to 2011. In: Deutsches Ärzteblatt International. 112. Jg., Heft 29–30, S. 496–504. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0496.

De Jong Gierveld, Jenny (1998): A Review of Loneliness: Concept and Definitions, Determinants and Consequences. In: Reviews in Clinical Gerontology, Ausgabe 8/1998, S. 73–80. DOI: https://doi.org/10.1017/S0959259898008090.

De Jong Gierveld, Jenny/van Tilburg, Theo (1999): Manual of the Loneliness Scale. Amsterdam: Vrije Universiteit. Updated from the printed version: 12–12-2007. URL: http://home.fsw.vu.nl/TG.van.Tilburg/manual_loneliness_scale_1999.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

De Vries, Bodo (o.J.): Wenn es scheinbar keinen Ausweg mehr gibt. Suizid im höheren Lebensalter. URL: https://www.johanneswerk.de/fileadmin/Redaktion/Angebote/Altenhilfe/Bielefeld/Hospizarbeit/Suizid_im_hoeheren_Lebensalter.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Deimling, Gerhard (1980): Angst und Einsamkeit: ein soziologischer Versuch. In: Würzburger Studien zur Soziologie. Band 3. Würzburg: Naumann.

Deinet, Ulrich (1999): Sozialräumliche Jugendarbeit. Eine praxisbezogene Anleitung zur Konzeptentwicklung in der offenen Kinder- und Jugendarbeit. Opladen: Leske + Budrich Verlag.

Deinet, Ulrich/Krisch, Richard (2002): Der sozialräumliche Blick der Jugendarbeit. Methoden und Bausteine zur Konzeptentwicklung und Qualifizierung. Opladen: Verlag Leske + Budrich.

Deinet, Ulrich/Krisch, Richard (2009): Stadtteilbegehung. In: sozialraum.de, Ausgabe 1/2009. URL: https://www.sozialraum.de/stadtteilbegehung.php. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Deinet, Ulrich (Hg.) (2009): Methodenbuch Sozialraum. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Delitz, Heike (2018): Émile Durkheim. Hagen: FernUniversität/Fakultät für Kultur- und Sozialwissenschaften. URL: https://docplayer.org/108723324-Heike-delitz-emile-durkheim-fakultaet-fuer-kultur-und-sozialwissenschaften.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Deutsche Hospiz Stiftung (Hg.) (2006): Meinungen zum Sterben. Emnid-Umfrage 2001. Dortmund. URL: https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/docs/stellungnahmen/08.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband (DHPV) (2007): Leitsätze. URL: https://www.dhpv.de/ueber-uns_der-verband_leitsaetze.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband (DHPV) (2020): Zahlen und Fakten. URL: https://www.dhpv.de/zahlen_daten_fakten.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (2015): SOEP Survey Papers Series A – Survey Instruments (Erhebungsinstrumente. SOEP 2014 – Erhebungsinstrumente 2014 (Welle 31) des Sozioökonomischen Panels: Begleitinstrumente. URL: https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.570756.de/diw_ssp0255.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (2011): Soziale Beziehungen und Unterstützungen. Veränderungen nach dem Tod des Ehepartners. Der Deutsche Alterssurvey (DEAS): Älterwerden und der Einfluss von Kontexten. URL: https://silo.tips/download/soziale-beziehungen-und-untersttzung-vernderungen-nach-dem-tod-des-ehepartners. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (2021): Deutlich mehr als vor der Corona-Pandemie: Jede siebte Person ab 46 Jahren fühlt sich einsam. Pressemitteilung vom 22.02.2021. URL: https://www.dza.de/detailansicht/deutlich-mehr-als-vor-der-corona-pandemie-jede-siebte-person-ab-46-jahren-fuehlt-sich-einsam. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

DeWall, Nathan C. et al. (2010): Acetaminophen reduces social pain: behavioral and neural evidence. DOI: https://doi.org/10.1177/0956797610374741.

Di Julio, Bianca/Hamel, Liz/Mufiana, Cailey/Brodie, Mollyann (2018): Loneliness and Social Isolation in the United States, the United Kingdom, and Japan: An International Survey, Nr. 9229. San Francisco. URL: http://files.kff.org/attachment/Report-Loneliness-and-Social-Isolation-in-the-United-States-the-United-Kingdom-and-Japan-An-International-Survey. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Dierse, Ulrich (1972): Einsamkeit. In: Ritter, Joachim (Hg.) (1972): Historisches Wörterbuch der Philosophie. Band 2: D-F. S. 410–413. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Diewald, Martin (1991): Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung? Soziale Unterstützung in informellen Netzwerken. Berlin: Edition Sigma.

Diewald, Martin/Sattler, Sebastian (2010): Soziale Unterstützungsnetzwerke. DOI: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-92575-2_61.

Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache (DWDS) (o.J.): Suchergebnisse zu »einsam« und »Einsamkeit«. URL: https://www.dwds.de/wb/Einsamkeit. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Döring, Nicola (1997): Einsamkeit in der »Informationsgesellschaft«. In: ZUMA Nachrichten, 21. Jg., Artikel 40/1997, S. 36–51. URL: https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/20843. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Döring, Nicola/Bortz, Jürgen (1993): Psychometrische Einsamkeitsforschung: Deutsche Neukonstruktion der UCLA Loneliness Scale. [Psychometric research on loneliness: A new German version of the University of California at Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale]. In: Diagnostica, 39. Jg., Ausgabe 3/1993, S. 224–239. URL: https://psycnet.apa.org/record/1994-85522-001. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Dreitzel, Hans Peter (1970). Die Einsamkeit als soziologisches Problem. Zürich: Die Arche.

Dreitzel, Hans Peter (2011): Einsamkeit als Problem moderner Gesellschaften. In: Neue Zürcher Zeitung vom 14.07.2011. URL: https://www.nzz.ch/einsamkeit_als_problem_moderner_gesellschaften-1.11376021. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Dreßel, Gudrun/Erdmann, Bernadett/Hausmann, Christopher/Hildenbrand, Bruno/Oorschot van, Birgitt (2001): Sterben und Tod in Thüringen. Ergebnisse einer sozialwissenschaftlichen Repräsentativbefragung. Jena: Friedrich-Schiller-Universität.

Dreßke, Stefan (2008): Identität und Körper am Lebensende: die Versorgung Sterbender im Krankenhaus und im Hospiz. In: Psychologie und Gesellschaftskritik, 32. Jg., Ausgabe 2 und 3/2008, S. 109–129. URL: https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/32574. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Dreßke, Stefan (2010): Sterben und Tod. In: Aner, Kirsten/Karl, Ute (2010): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 385–389.

Due, Pernille/Holstein, Bjorn/Lund, Rikke/Modvig, Jens/Avlund, Kirsten (1999): Social relations: network, support and relational strain. In: Social Science and Medicine 48. Jg., 1999, S. 661- 673. DOI: 10.1016/s0277-9536(98)00381-5.

Durkheim, Emile (1897/1999): Der Selbstmord. 7. Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Durkheim, Emile (1981): Die elementaren Formen des religiösen Lebens (Original 1912). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Ebach, Jürgen (2017): Der Gottesdienst für die Unbedachten. Beobachtungen, Überlegungen, Impressionen, Fragen. In: Brenneke, Andreas/Reploh, Karl-Georg (Hg.) (2017): Memento. 10 Jahre Initiative Unbedachte – Bedachte. Gottesdienst für die Unbedachten in Bochum. Bochum: Evangelischer Kirchenkreis Bochum & Katholisches Stadtdekanat Bochum und Wattenscheid. S. 23–32.

Eckhard, Jan (2018): Einsamkeit als Folge von Armut und Marginalisierung. In: Hax-Schoppenhorst, Thomas (Hg.) (2018): Das Einsamkeitsbuch. Wie Gesundheitsberufe einsame Menschen verstehen, unterstützen und integrieren können. Bern: Hogrefe. S. 176–184.

Eisenberger, Naomi/Lieberman, Matthew D./Williams, Kipling D. (2003): Does rejection hurt? An fMRI study of social rejection. In: Science, Band 302, S. 290–292. DOI: https://doi.org/10.1126/science.1089134.

Eisenberger, Naomi I. (2012): The neural bases of social pain: Evidence for shared representations with physical pain. In: Psychosomatic Medicine, Band 74, Ausgabe 2/2012, S. 126–135. DOI: https://doi.org/10.1097 %2FPSY.0b013e3182464dd1.

Elbing, Eberhard (1991): Einsamkeit. Psychologische Konzepte, Forschungsbefunde und Treatmentansätze. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe Verlag für Psychologie.

Elias, Norbert (2002): Über die Einsamkeit der Sterbenden. Humana conditio. Reihe: Gesammelte Schriften, Band 6. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Eller, Martina (2006): Soziale Netzwerke und der Gesundheitszustand von Typ 2 Diabetikern und Nicht-Diabetikern unter Längsschnitt-Betrachtung – Ergebnisse einer bevölkerungsbezogenen Fall-Kontroll-Studie. Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München. DOI: 10.5282/edoc.5492.

El-Mafaalani, Aladin/Strohmeier, Klaus Peter (2015): Auf die Adresse kommt es an… Segregierte Stadtteile als Problem- und Möglichkeitsräume begreifen. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Emmel, Hildegard: Einsamkeit. In: Ritter, Joachim (1972) (Hg.): Historisches Wörterbuch der Philosophie. Band 2: D-F. S. 407–410. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Engels, Dietrich (2006): Lebenslagen und soziale Exklusion. Thesen zur Reformulierung des Lebenslagenkonzepts für die Sozialberichterstattung. In: Sozialer Fortschritt, Ausgabe 5/2006, S. 109–117. Landau. URL: https://www.isg-institut.de/download/Lebenslagen %20und %20soziale %20Exklusion.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Entringer, Theresa Margareta et al. (2020): Psychische Krise durch Covid-19? Sorgen sinken, Einsamkeit steigt, Lebenszufriedenheit bleibt stabil. SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research, No. 1087. Berlin: DIW. URL: https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.791307.de/diw_sp1087.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Erbguth, Frank (2010): Sicht der Wissenschaften und Religionen. Medizin. In: Wittwer, Hector/Schäfer, Daniel/Frewer, Andreas (Hg.) (2010): Sterben und Tod. Ein interdisziplinäres Handbuch. Stuttgart, Weimar: Verlag J. B. Metzler. S. 39–49.

Erlemeier, Norbert/Wedler, Hans (2017): Suizid [online]. socialnet Lexikon. Bonn: socialnet, 27.10.2017. URL: https://www.socialnet.de/lexikon/Suizid. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Erzbistum Köln (2020): Informationsseite. Im Tod nicht spurlos verschwinden. URL: https://gemeinden.erzbistum-koeln.de/st-severin-koeln/Caritas_und_Soziales/obdachlosengrab.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Escobar Pinzon, Luis Carlos/Claus, matthias/Zepf, Kirsten I./Letzel, Stephan/Fischbeck, Sabine/Weber, Martin (2011): Preference for place of death in Germany. In: Journal of palliative medicine, 14 (10). S. 1097–1103. DOI:10.1089/jpm.2011.0136.

Esser, Hartmut (1993): Soziologie: allgemeine Grundlagen. Frankfurt, New York: Campus

Faltermaier, Toni (o.J.): Männer, Gesundheit, Gesundheitsförderung: Eine vernachlässigte Perspektive. URL: www.gesunde-maenner.ch/data/data_1.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

FARWICK, ANDREAS (2007): Soziale Segregation in den Städten. In: BAUM, DETLEF (Hg.) (2007): Die Stadt in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch für soziale und planende Berufe. Wiesbaden: VS Verlag. S. 111–122.

FARWICK, ANDREAS (2018): Segregation und Integration – ein Gegensatz? In: BPB (2017/2018): Dossier Stadt und Gesellschaft. Berlin. S. 184–193.

FEHN, SABRINA/FRINGER, ANDRE (2018): Einsames Sterben. In: HAX-SCHOPPENHORST, THOMAS (Hg.) (2018): Das Einsamkeitsbuch. Wie Gesundheitsberufe einsame Menschen verstehen, unterstützen und integrieren können. Bern: Hogrefe. S. 209–215.

FELDMANN, KLAUS/FUCHS-HEINRITZ, WERNER (Hg.) (1995): Der Tod ist ein Problem der Lebenden. Beiträge zur Soziologie des Todes. Frankfurt a.M.: suhrkamp taschenbuch wssenschaft.

FELDMANN, KLAUS (1997): Thanatosoziologie: Ausgewählte Erkenntnisse. Ausschnitte aus: Sterben und Tod. Sozialwissenschaftliche Theorien und Forschungsergebnisse 1997. URL: www.feldmann-k.de/tl_files/kfeldmann/pdf/thantosoziologie/thanatosoziologie-auswahl.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

FELDMANN, KLAUS (1998): Physisches und soziales Sterben. In: BECKER, ULRICH/FELDMANN, KLAUS/JOHANNSEN, FRIEDRICH (Hg.) (1998): Sterben und Tod in Europa. Wahrnehmungen Deutungsmuster Wandlungen. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag. S. 94–107.

FELDMANN, KLAUS (2006): Soziologie kompakt. Eine Einführung. 4., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

FELDMANN, KLAUS (2010a): Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick. 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag

FELDMANN, KLAUS (2010b): I. Sicht der Wissenschaften und Religionen. 6. Soziologie. In: WITTWER, HECTOR/SCHÄFER, DANIEL/FREWER, ANDREAS (Hg.) (2010): Sterben und Tod. Ein interdisziplinäres Handbuch. Stuttgart, Weimar: Verlag J. B. Metzler. S. 62–74.

FELDMANN, KLAUS (2018): Sterben, Sterbehilfe, Töten, Suizid. Bausteine für eine kritische Biothanatologie und für eine Kultivierungstheorie. Wien 2018. URL: https://www.feldmann-k.de/tl_files/kfeldmann/pdf/thantosoziologie/feldmann_sterben_sterbehilfe_toeten_suizid.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

FFORDE, MATTHEW (2016): Das Zeitalter der Einsamkeit: Entsozialisierung als Krise der modernen Gesellschaft. Freiburg i.Br.: Herder Verlag GmbH.

FIESELER, S./PFANDZELT, S./ZINKA, B. (2010): Der einsame Tod. Sterben in Randgruppen in München. In: Das Gesundheitswesen, 72. Jg., Ausgabe 12/2010, S. 859–865. DOI: 10.1055/s-0029-1246120.

FISCHER, NORBERT (1997): Wie wir unter die Erde kommen – Sterben und Tod zwischen Trauer und Technik. Frankfurt a.M.: Fischer.

FISCHER, NORBERT (2001): Geschichte des Todes in der Neuzeit. Erfurt: Sutton Verlag.

FISCHER, NORBERT (2012): Bestattungskultur zwischen Moderne und Postmoderne. In: Schäfer, Daniel/Müller-Busch, Christof/Frewer, Andreas (Hg.) (2012): Perspektiven zum Sterben. Auf dem Weg zu einer Ars moriendi nova? Stuttgart: Franz Steiner Verlag. S. 53–62.

FISCHER, NORBERT/SÖRRIES, REINER (2016): Nachwort: Der neue Blick auf Sterben, Tod und Trauer. In: BUCHNER, MORITZ/GÖTZ, ANNA.-MARIA (Hg.) (2016): transmortale.

Sterben, Tod und Trauer in der neueren Forschung. Köln, Weimar, Wien: Böhlau Verlag. S. 249–252.

Flade, Antje (1987): Wohnen psychologisch betrachtet. Mit einem Vorwort von Hans Spada. Bern: Verlag Hans Huber.

Flam, Helena (2002): Soziologie der Emotionen. Eine Einführung. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Foner, Anne (1986): Aging and old age. Englewood Cliffs N. J.: Prentice-Hall.

Freud, Anna (1973): Das Ich und die Abwehrmechanismen. 8. Auflage. München: Kindler.

Frick, Eckhard (2010): III. Allgemeine Haltungen und Umgangsweisen. 4. Abwehr- und Bewältigungsstrategien gegenüber Sterben und Tod. In: Wittwer, Hector/ Schäfer, Daniel/Frewer, Andreas (Hg.) (2010): Sterben und Tod. Ein interdisziplinäres Handbuch. Stuttgart, Weimar: Verlag J. B. Metzler. S. 179–186.

Fuchs-Heinritz, Werner (1995): Auguste Comte: Die Toten regieren die Lebenden. In: Feldmann, Klaus/Fuchs-Heinritz, Werner (Hg.) (1995): Der Tod ist ein Problem der Lebenden. Beiträge zur Soziologie des Todes. Frankfurt a.M.: Suhrkamp. S. 19–58.

Fuchs-Heinritz, Werner (2010): II. Grundlagen und Konzepte. 9. Sozialer Tod. In: Wittwer, Hector/Schäfer, Daniel/Frewer, Andreas (Hg.) (2010): Sterben und Tod. Ein interdisziplinäres Handbuch. Stuttgart, Weimar: Verlag J. B. Metzler. S. 133–136.

Fukukawa, Yasuyuki (2011): Solitary Death: A new problem of an aging society in Japan. In: Journal oft the American Geriatrics Society, Band 59, Ausgabe 1/2011, S. 174–175. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03216.x.

Fukuyama, Francis (1999): The great disruption. New York: The Free Press.

Galdas, Paul M./Cheater, Francine/Marshall, Paul (2005): Men and health help-seeking behaviour: literature review. In: Journal of Advanced Nursing, Ausgabe 3/2005, S. 616–623. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x.

Garve, Christian (1797): Ueber Gesellschaft und Einsamkeit. Band 1. Breßlau: Wilhelm Gottlieb Korn. URL: https://archive.org/details/bub_gb_fMYGAAAAcAAJ/page/n377. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Geiger, Karin (2010): Allgemeine Haltungen und Umgangsweisen. 1. Lebensverlängerung. In: Wittwer, Hector/Schäfer, Daniel/Frewer, Andreas (Hg.) (2010): Sterben und Tod. Ein interdisziplinäres Handbuch. Stuttgart, Weimar: Verlag J. B. Metzler. S. 149–154.

Gerber, Kim (2011): Räumliche Mobilität im Wandel. Wanderungen im Lebenslauf und ihre Auswirkungen auf die Stadtentwicklung in Nordrhein-Westfalen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Gerhards, Jürgen (1988): Soziologie der Emotionen. Fragstellungen, Systematik und Perspektiven. Weinheim und München: Juventa.

Gernig, Kerstin (Hg.) (2008): Verarmt, verscharrt, vergessen? Dokumentation der Tagung des Kuratorium Deutsche Bestattungskultur e.V. Düsseldorf: Fachverlag des deutschen Bestattungsgewerbes.

Geser, Laura/Henke, Nadine/Loke, Susanne (2014): Forschungsbericht zum Lehrforschungsprojekt »Unentdeckte Tode«. Unveröffentlichtes Manuskript.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Sterblichkeit und Lebenserwartung (allgemein), Kapitel 3.2. URL: https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=820. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Giddens, Anthony (1991): Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age. Polity Press.

Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L. (1974): Interaktion mit Sterbenden. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Glass, Thomas A./Mendes de Leon, Carlos F./Seeman, Teresa E./Berkman, Liza F. (1997): Beyond single indicators of social networks: A LISREL analysis of social ties among the elderly. In: Social Science & Medicine, Band 44, 1997, S. 1503–1517. DOI: https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00270-5.

Göckenjan, Gerd (2008): Sterben in unserer Gesellschaft. Ideale und Wirklichkeiten. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Tod und Sterben. Ausgabe 4/2008, S. 7–14. Bonn: BPB. URL: https://www.bpb.de/apuz/31448/sterben-in-unserer-gesellschaft-ideale-und-wirklichkeiten. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Goffman, Erving (1973): Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Goffman, Erving (2012): Stigma: über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. 21. Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Götz, Thomas (2019): Suizidprävention in der Kommune. Chancen und Herausforderungen am Beispiel FRANS. Vortrag im Rahmen des Fachworkshop Suizidprävention in der Landeshauptstadt Potsdam. URL: https://www.potsdam.de/sites/default/files/documents/dokumentation_suizidpraevention_09_09_2019.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Goldbrunner, Hans (2008): Widersprüchliche Todeskonzepte im Beziehungsdialog: der Tod zwischen Verdrängung und Ambivalenz. In: Psychologie und Gesellschaftskritik, 32. Jg., Ausgabe 2 und 3/2008, S. 9–21.URL: https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-325660. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Graebsch-Wagener, Sophie (2012): Zur Bedeutung kommunaler Sozialberichterstattung und Sozialplanung für Inklusionsprozesse. In: Balz, Hans-Jürgen/Benz, Benjamin/Kuhlmann, Carola (Hg.) (2012): Soziale Inklusion. Grundlagen, Strategien und Projekte in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: Springer VS. S. 227–237.

Griffith James (1985): Social support providers: Who are they? Where are they met? And the relationship of network characteristics to psychological distress. In: Basic and Applied Social Psychology. Ausgabe 6/1985, S. 41–60. DOI: https://doi.org/10.1207/s15324834basp0601_4.

Gronemeyer, Reimer/Heller, Andreas (2014): In Ruhe sterben. Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann. München: Pattloch.

Grospietsch, Hans-Dieter (1980): Einsamkeit und Brüderlichkeit. Eine soziologische Betrachtung unter besonderer Berücksichtigung des Werks von Max Weber. Frankfurt a.M.: Haag/Herchen.

Gurley, Jan/Lum, Nancy/Sande, Merle/Lo, Bernard/Katz, Mitchell (1996): Persons found in their homes helpless or dead. In: New England Journal of Medicine, Ausgabe 6/1996, S. 1710–1716. DOI: 10.1056/NEJM199606273342606.

Hackmann, Tobias/Huschik, Gwendolyn/Maetzel, Jakob/Schmutz, Sabrina/Sulzer, Laura/Vollmer, Janko (2018): Pflege- und Unterstützungsbedarf sogenannter vulnerabler Gruppen. Schlussbericht. Studie der Prognos AG im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bonn.

Hahn, Alois (1968): Einstellungen zum Tod und ihre soziale Bedingtheit. Eine soziologische Untersuchung. Stuttgart: Ferdinand Enke.

Hahn, Alois (2010): Soziologie der Emotionen. Workingpaper des Soziologischen Seminars 02/2010. Soziologisches Seminar der Universität Luzern. Juli 2010. URL: https://www.unilu.ch/fileadmin/fakultaeten/ksf/institute/sozsem/dok/working_papers/WP02-2010-Alois-Hahn_Soziologie-der-Emotionen.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Hakulinen, Christian/Pulkki-Raback, Laura/Virtannen, Marianna/Jokela, Markus/Kivimäki, Mika/Elovainio, Marko (2018): Social isolation and loneliness as risk factors for myocardial infarction, stroke and mortality: UK Biobank cohort study of 479.054 men and women. URL: https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10049807/39/ms_biobank_stroke_mi_revised2_clean.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Hamm, Bernd (1973): Betrifft: Nachbarschaft. Verständigung über Inhalt und Gebrauch eines vieldeutigen Begriffs. Düsseldorf: Bertelsmann Fachverlag.

Hannusek, Zuzanna/Loke, Susanne (2022): »Ich weiß fast nichts über sie?« Zum Umgang mit unentdeckt Verstorbenen und der Erforschung des Phänomens. In: Benz, Benjamin/Schönig, Werner/Arp, Anna Liza/Lutz, Katharina/Offergeld, Jana (2022): Wissenschaftsläden in der Sozialen Arbeit. Partizipative Forschung und soziale Innovationen. Sammelband. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. S. 250–258.

Harlfinger, Julia (2015): Soziale Autopsie einer Katastrophe. Was einer Hitzewelle tödliche Wucht verleiht. In: Der Tagesspiegel vom 15.08.2015. URL: https://www.tagesspiegel.de/wissen/soziale-autopsie-einer-katastrophe-was-einer-hitzewelle-toedliche-wucht-verleiht/12189758.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Harloff, Hans J./Christiaanse, Kees/Dienel, Hans-Liudger/Wendorf, Gabriele/Zillich, Klaus (Hg.) (2002): Nachhaltiges Wohnen. Befunde und Konzepte für zukunftsfähige Stadtquartiere. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Harris interactive (2015): Einsamkeit & Gemeinsamkeit in Deutschland. Eine Studie von Harris Interactive und Wahlverwandtschaften e. V. Hamburg. URL: https://www.wahlverwandtschaften.org/images/dateien/downloads/Einsamkeit_in_Deutschland_2015-04-01final.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Hartmann, Michael (2013): Gemeinwesenarbeit und Gesundheit. In: Stövesand, Sabine/Stoik, Christoph/Troxler, Ueli (Hg.) (2013): Handbuch Gemeinwesenarbeit. Traditionen und Positionen, Konzepte und Methoden. Deutschland Schweiz Österreich. Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit, Band 4. Opladen, Berlin und Toronto: Verlag Barbara Budrich. S. 307–313.

Haumann, Wilhelm (2016): »Sterben zuhause«. Einstellungen und Beobachtungen der deutschen Bevölkerung. Untersuchungsbericht über die Bevölkerungsumfrage für den DAK-Pflegereport 2016. In: Klie, Thomas (2016): Pflegereport 2016: Palliativversorgung: Wunsch, Wirklichkeit und Perspektiven. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 14). Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher (Hg.).

Hamburg: DAK-Gesundheit. URL: https://www.dak.de/dak/gesundheit/pflege-das-sollten-sie-wissen-2124258.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Häussermann, Hartmut/Siebel, Walter (2004): Stadtsoziologie – Eine Einführung. Frankfurt a.M.: Campus Verlag.

Häussermann, Hartmut/Kronauer, Martin (2005): Inklusion Exklusion. In: Kessl, Fabian/Reutlinger, Christian/Maurer, Susanne/Frey, Oliver (Hg.) (2005): Handbuch Sozialraum. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 597–610.

Häussermann, Hartmut (2012): Wohnen und Quartier: Ursachen sozialräumlicher Segregation. In: Huster, Ulrich/Boeckh, Jürgen/Mogge-Grotjahn, Hildegard (Hg.) (2012): Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag. S. 383–396.

Hawkley, Louise (o.J.): Loneliness. Psychology. In: Encyclopaedia Brittanica (o.J.). URL: https://www.britannica.com/topic/loneliness. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Hawkley, Louise C./Hughes, Mary Elizabeth/Waite, Linda J./Masi, Christopher M./Thisted, Ronald A./Cacioppo, John T. (2008): From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: The Chicago Health, Aging and Social Relations Study. In: Journal of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Science, Ausgabe 6/2008, S. 375–384. DOI: http://dx.doi.org/10.1093/geronb/63.6.S375.

Hawkley, Louise/Cacioppo, John T. (2010): Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. DOI: https://doi.org/10.1007%2Fs12160-010-9210-8.

Hawkley, Louise C./Capitanio, John P. (2015): Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: A lifespan approach. In: Philosophical Transactions of the Royal Society of London: Series B: Biological Sciences, S. 1669. DOI: https://doi.org/10.1098/rstb.2014.0114.

Hax-Schoppenhorst, Thomas (Hg.) (2018): Das Einsamkeitsbuch. Wie Gesundheitsberufe einsame Menschen verstehen, unterstützen und integrieren können. Bern: Hogrefe.

Hayman, Jarvis/Oxenham, Marc (2015): Peri-mortem disease treatment: a little known cause of error in the estimation of the time since death in decomposing human remains. In: Australian Journal of Forensic Sciences, 2015. URL: https://www.researchgate.net/publication/275585124_Peri-mortem_Disease_and_Treatment_a_little_known_cause_of_error_in_the_estimation_of_the_time_since_death_in_decomposing_human_remains. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Hayman, Jarvis/Oxenham, Marc (2016): Estimation of the time since death in decomposed bodies found in Australian conditions. In: Australian Journal of Forensic Sciences, 2016. DOI: http://dx.doi.org/10.1080/00450618.2015.1128972.

Hedinger, Damian (2016): Gesundheitsversorgung am Lebensende: Soziale Ungleichheit in Bezug auf Institutionsaufenthalte und Sterbeorte. Wiesbaden: Springer VS.

Hefel, Johanna (2019): Verlust, Sterben und Tod über die Lebensspanne. Opladen, Berlin, Toronto: Budrich UniPress Ltd.

Heidorn, Frank/Birngruber, Christoph/Ramsthaler, Frank/Merz, Marius/Risse, M./Kreutz, K./Krähahn, J./Verhoff, Marcel A. (2011): Über den Wert des

Schädel-Bild-Vergleichs zur Identifizierung so genannter Wohnungsleichen. In: Archiv für Kriminologie, 2011, S. 177–190.

Helmers, Traute (2004): Anonym. Unter grünem Rasen. Eine kulturwissenschaftliche Studie zu neuen Formen von Begräbnis- und Erinnerungspraxis auf Friedhöfen. Dissertation zur Erlangung eines Grades der Doktorin der Philosophie (Dr. phil.). Oldenburg. Online verfügbar unter: http://oops.uni-oldenburg.de/124/13/helan005.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

HM Government (2018): A connected society. A strategy for tackling loneliness – laying the foundations for change. London: Department for Digital, Culture, Media and Sport. URL: https://www.gov.uk/government/publications/a-connected-society-a-strategy-for-tackling-loneliness. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Hövermann, Andreas (2020): Soziale Lebenslagen, soziale Ungleichheit und Corona – Auswirkungen für Erwerbstätige: Eine Auswertung der HBS-Erwerbstätigenbefragung im April 2020. WSI Policy Brief, No. 44, Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf: Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI). URL: https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-2020071011444104053350. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Hövermann, Andreas/Kohlrausch, Bettina (2020): Soziale Ungleichheit und Einkommenseinbußen in der Corona-Krise – Befunde einer Erwerbstätigenbefragung. WSI Mitteilungen, 73. Jahrgang, Ausgabe 6/2020, S. 485–492. Düsseldorf: WSI. DOI: 10.5771/0342-300X-2020-6-485.

Hoffmann, Matthias (2011): »Sterben? Am liebsten plötzlich und unerwartet.«. Die Angst vor dem »sozialen Sterben«. Wiesbaden: VS Verlag.

Hoffmann, Nicole (2018): Dokumentenanalyse in der Bildungs- und Sozialforschung. Überblick und Einführung. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Hojat, Mohammadreza/Crandall, Rick (1987): Loneliness: Theory, Research and Application. In: A Special Issue of the Journal of Social Behavior and Personality, Band. 2, Ausgabe 2/1987, S. 1–16.

Hollstein, Betina (2013): Soziale Netzwerke. In: Mau, Steffen/Schöneck, Nadine M. (Hg.) (2013): Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 745–757.

Hollstein, Betina (2018): Soziale Beziehungen, soziale Ungleichheit und Erträge qualitativer Studien. In: Behrmann, Laura/Eckert, Falk/Gefken, Andreas/Berger, Peter A. (Hg.) (2018): ›Doing Inequality‹: Prozesse sozialer Ungleichheit im Blick qualitativer Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS. S. 193–212.

Holt-Lunstad, Julianne/Smith, Timothy B./Layton, Bradley (2010): Social Relation-ships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. In: PLoS Medicine, Ausgabe 7/2010. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316.

Holt-Lunstad, Julianne/Smith, Timothy B./Baker, Mark/Tyler, Harris/Stephenson, David (2015): Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. In: Perspectives on Psychological Science, Band 10, Ausgabe 2/2015, S. 227–237. DOI: https://doi.org/10.1177/1745691614568352.

Holwerda, Tjalling J./van Tilburg, Theo G./Deeg, Dorly/Schutter, Natasja/Dekker, Jack/Schoevers, Robert A. (2009): Impact of loneliness and depression on mortality. In: British Journal of Psychiatry, Band 209, Ausgabe 2/2009, S. 127–134. DOI: https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.168005.

Honekamp-Yamamoto, Nao (2008): Zum japanischen Umgang mit Leben, Sterben und Tod. In: Psychologie und Gesellschaftskritik, 32. Jg., Ausgabe 2 und 3/2008, S. 83–90. URL: http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-325721. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Hönigschnabl, Selma/Schaden, Eva/Stichenwirth, Martin/Schneider, Barbara/Klupp, Nikolaus/Kremeier, Elisabeth/Risser, Daniele (2002): Discovery of decomposed and mummified corpses in the domestic setting – a marker of social isolation? In: Journal of Forensic Sciences, Band 47, Ausgabe 4/2002, S. 837–842. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12136994. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Höpflinger, François (2014): Sozialbeziehungen im höheren Lebensalter. URL: www.hoepflinger.com/fhtop/Soziale-Kontakte.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Huang, Shan (2020): Wie Corona soziale Ungleichheiten aufdeckt und verschärft. DIW Wochenbericht Nr. 29/2020. Berlin: DIW. DOI: https://doi.org/10.18723/diw_wb:2020-29-3.

Hughes, Mary Elizabeth/Waite, Linda J./Hawkley, Louise/Cacioppo, John t. (2004): A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys. Results From Two Population-Based Studies. DOI: https://doi.org/10.1177 %2F0164027504268574.

Huster, Ulrich/Boeckh, Jürgen/Mogge-Grotjahn, Hildegard (Hg.) (2012): Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung. 2. Auflage. Wiesbaden: VS-Verlag.

Huxhold, Oliver/Engstler, Heribert (2019): Soziale Isolation und Einsamkeit bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. DOI: http://dx.doi.org/10.1007/978-3-658-25079-9_5.

Immo Scout 24 (2020): Aachen. Innenstadt. URL: https://www.immobilienscout24.de/wohnen/nordrhein-westfalen,aachen,innenstadt.html. [Letzter Zugriff: 04.12.2020]

Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung (ILS) (2018): International vergleichende Stadtforschung. Eine Handreichung für die wissenschaftliche Praxis im ILS. Dortmund: ILS.

Institut für Stadtgeschichte (ISG) (2015): Stadtgeschichte(n)Gelsenkirchen. Gelsenkirchen: Institut für Stadtgeschichte. URL: https://www.gelsenkirchen.de/de/stadtprofil/stadtgeschichten/_doc/die_geschichte_der_stadt_gelsenkirchen.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Ito, Tomoko/Tamiya, Nanako/Takahashi, Hideto/Yamazaki, Kentaro/Yamamoto, Hideki/Sakano, Shoji/Kashiwagi, Masayo/Miyaishi, Satoru (2012): Factors that prolong the ›postmortem interval until finding‹ (PMI-f) among community-dwelling elderly individuals in Japan: analysis of registration data. In: BMJ Open, Ausgabe 2/2012. DOI: http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001280.

IW Consult (2018): Gelsenkirchen im Städteranking 2018. Zentrale Ergebnisse. URL: https://www.iwconsult.de/fileadmin/user_upload/projekte/2018/Staedteranking_2018/Gelsenkirchen.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Jahoda, Marie/Lazarsfeld, Paul F./Zeisel, H. (2018): Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziografischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit. Frankfurt a.M.: edition suhrkamp.

Jakoby, Nina/Thönnes, Michaela (2017): Zur Soziologie des Sterbens. Aktuelle theoretische und empirische Beiträge. Wiesbaden: Springer VS.

Jaspers, Karl (1973): Philosophie II. Existenzerhellung. 4. Auflage. Heidelberg/Berlin/New York: Springer Verlag.

Jessen, Jens (2018): Ministerium für Einsamkeit. Biggest Brother. Deutschland könnte bald ein Einsamkeitsministerium bekommen. Allein der Gedanke daran ist gruselig. In: DIE ZEIT. Ausgabe 8/2018, vom 15.02.2018, S. 12. URL: https://www.zeit.de/2018/08/ministerium-einsamkeit-deutschland-politik. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Juckel, Georg/Schröer, Sebastian (2018): Einsamkeit bei psychischen Erkrankungen und ihre psychiatrisch-seelsorgerische Bewältigung – Aus der Sicht eines Profis und eines Betroffenen. URL: www.izpp.de/fileadmin/user_upload/Ausgabe_2_2018/009_Juckel_Schroeer_2_2018.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Kadoya, Youkou (2005): Kodokushi – Solitary Death. In: Hyogo Research Center for Quake Restoration, Shiozaki, Yoshimitsu/Nishikawa, Eiichi/Deguchi, Toshikazu (Hg.) (2005): Lessons from the Great Hanshin Earthquake. Kyoto: Creates-Kamogawa Publishers. URL: www.shinsaiken.jp/oldweb/hrc-e/publish/lessons_ghe/lghe08.html. [Letzter Zugriff: 14.02.2020]

Kakiuchi, Yasuhiro/Nagao, Ryoko/Ochiai, Eriko/Kakimoto, Yu/Osawa, Motoki (2019): A descriptive study of solitary death in Yokohama City. In: Environmental Health and Preventive Medicine Band 24, Ausgabe 12/2019. DOI: http://dx.doi.org/10.1186/s12199-019-0766-z.

Kaluza, Jens/Töpferwein, Gabriele (2006): Sterben begleiten. Zur Praxis der Begleitung Sterbender durch Ärzte und Pflegende. Eine empirische Studie. Berlin: Trafo Verlag.

Kamper, Dietmar (1967): Einsamkeit, soziologisch betrachtet. In: Bitter, Wilhelm (Hg.) (1967): Einsamkeit in medizinisch-psychologischer, theologischer und soziologischer Sicht. München: Kindler Verlag GmbH. S. 196–214.

Kanawaku, Yoshimasa/Ohno, Youkichi (2019): An Examination of Solitary Deaths in Tokyo Metropolis by Labor Force Status: Characteristics of Unnatural Deaths at Home among Individuals Living Alone. In: Journal of Nippon Medical School, J STAGE, Ausgabe 7/2019. URL: https://www.jstage.jst.go.jp/article/jnms/advpub/0/advpub_JNMS. 2019_86-604/_pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Kant, Immanuel (1974): Kritik der Urteilskraft. Werkausgabe. Band X. Berlin suhrkamp taschenbuch wissenschaft.

Kato, Takahiro A./Shinfuku, Naotaka/Sartorius, Norman/Kanba, Shigenobu (2017): Loneliness and Single-Person Households: Issues of Kodoku-Shi and Hikikomori in Japan. In: Okkels, Niels/Kristiansen, Christina/Munk-Jørgensen, Povl (Hg.) (2017): Mental Health and Illness in the City. Mental Health and Illness Worldwide. Singapur: Springer. S. 205–219.

Katschnig-Fasch, Elisabeth (Hg.) (2001): Einsamkeiten. Orte. Verhältnisse. Erfahrungen. Figuren. Wien: Turia und Kant.

Kerscher, Kerstin/Schmidt, Thorsten (2017): Frau lag zwei Jahre tot in Münchner Wohnung. In: Süddeutsche Zeitung vom 14. 03.2017, 17:09 Uhr. URL: https://www.sueddeutsche.de/muenchen/mittersendling-frau-lag-zwei-jahre-tot-in-wohnung-1.3419751. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Kessl, Fabian/Reutlinger, Christian (2007): Sozialraum. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kimerlis, Nikos/Şat, Sinan (2015): Leichenfund. Patient lag acht Tage tot in Gelsenkirchener Klinik-Aufzug. In: Westdeutsche Allgemeine Zeitung (WAZ), vom 13.07.2015. URL: https://www.waz.de/staedte/gelsenkirchen/patient-lag-acht-tage-tot-in-gelsenkirchener-klinik-aufzug-id10875899.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Klein, Thomas/Löwel, Hannelore/Schneider, Sven/Zimmermann, Monique (2002): Soziale Beziehungen, Stress und Mortalität. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 35, Ausgabe 5/2002, S. 441–449. DOI: https://doi.org/10.1007/s00391-002-0124-3.

Klie, Thomas (2016): Pflegereport 2016: Palliativversorgung: Wunsch, Wirklichkeit und Perspektiven. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 14). Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher (Hg.). Hamburg: DAK-Gesundheit. URL: https://www.dak.de/dak/gesundheit/pflege-das-sollten-sie-wissen-2124258.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Klinenberg, Eric (2001): Dying alone. The social production of urban isolation. In: Ethnography, Band 2, Ausgabe 4/2001, S. 501–531. URL: http://ftp.columbia.edu/itc/hs/pubhealth/p6700/readings/klinenberg-dying.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Knoblauch, Hubert (1999): Berichte aus dem Jenseits. Mythos und Realität der Nahtoderfahrung. Freiburg: Herder. URL: www.as.tu-berlin.de/fileadmin/fg225/material_knoblauch/Hubert_Knoblauch_Nahtod-Todesnaehe-Berichte_aus_dem_Jenseits.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Knoblauch, Hubert/Zingerle, Arnold (Hg.) (2005): Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens. Berlin: Dunker & Humblot.

Kobayashi, Yuichi (2015): Making up a Structure for Supporting the Elderly People Who Die Alone (Kodokushi) by Utilizing the Network within the Region. A Case about Creating Sustainable Policies to Support the Elderly People in Ena City, Gifu Prefecture. URL: https://gakkai.sfc.keio.ac.jp/show_pdf/ORF2015-08.pdf. [Letzter Zugriff: 14.02.2020]

Köchert, Rainer (2018): Einsamkeit und Freitod im Alter – Ein biopsychosoziales Erklärungsmodell. In: Hax-Schoppenhorst, Thomas (Hg.) (2018): Das Einsamkeitsbuch. Wie Gesundheitsberufe einsame Menschen verstehen, unterstützen und integrieren können. Bern: Hogrefe. S. 185–197.

Kölbel, Gerhard (1960): Über die Einsamkeit: Vom Ursprung, Gestaltwandel und Sinn des Einsamkeitserlebens. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der philosophischen Fakultät der Johannes-Gutenberg-Universität zu Mainz. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

König, Karl (2007). Abwehrmechanismen. 4. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Koppetsch, Cornelia/Burkart, Günter (1999): Die Illusion der Emanzipation. Zur Wirksamkeit latenter Geschlechtsnormen im Milieuvergleich. Konstanz: UVK.

Kraus, Björn (2013): Erkennen und Entscheiden. Grundlagen und Konsequenzen eines erkenntnistheoretischen Konstruktivismus für die Soziale Arbeit. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Kraus, Thomas R. (2011): Von der Vorgeschichte bis zu den Karolingern. In: Aachener Geschichtsverein (Hg.) (2011): Aachen: Von den Anfängen bis zur Gegenwart. Band 1. Aachen: Mayer.

Krisch, Richard (1999): Strukturierte Stadtteilbegehung. In: Deinet, Ulrich (1999): Sozialräumliche Jugendarbeit. Eine praxisbezogene Anleitung zur Konzeptentwicklung in der offenen Kinder- und Jugendarbeit. Opladen: Leske + Budrich Verlag. S. 82–84.

Krisch, Richard (2009): Sozialräumliche Methodik der Jugendarbeit. Aktivierende Zugänge und praxisleitende Verfahren. Weinheim/München: Juventa Verlag.

Kroll, Lars Eric/Müters, Stephan/Lampert, Thomas (2015): Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012. In: Bundesgesundheitsblatt, Ausgabe 59/2016, S. 228–237. DOI: DOI 10.1007/s00103-015-2282-7.

Kronauer, Martin/Siebel, Siebel (Hg.) (2013): Polarisierte Städte. Soziale Ungleichheit als Herausforderung für die Stadtpolitik. Frankfurt a.M.: Campus Verlag GmbH.

Krüger, Andreas (2000): Alexithymie und Anhedonie bei psychosomatischen Patienten – eine klinische Untersuchung. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg. URL: https://ediss.sub.uni-hamburg.de/handle/ediss/3370. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Kuhlmann, Carola (2012): Der Begriff der Inklusion im Armuts- und Menschenrechtsdiskurs der Theorien Sozialer Arbeit eine historisch-kritische Annäherung. In: Balz, Hans-Jürgen/Benz, Benjamin/Kuhlmann, Carola (Hg.) (2012): Soziale Inklusion. Grundlagen, Strategien und Projekte in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: Springer VS. S. 35–57.

Kuhlmann, Carola/Mogge-Grotjahn, Hildegard/Balz, Hans-Jürgen (2018): Soziale Inklusion. Theorien, Methoden, Kontroversen. Stuttgart: Kohlhammer.

Künemund, Harald/Hollstein, Betina (2000): Soziale Beziehungen und Unterstützungsnetzwerke. In: Kohli, Martin/Künemund, Harald (Hg.) (2000): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen: Leske + Budrich. S. 212–276.

Kurtenbach, Sebastian (2015): Ankunftsgebiete – Segregation als Potenzial nutzen. In: El-Mafaalani, Aladin/Strohmeier, Klaus Peter (2015): Auf die Adresse kommt es an… Segregierte Stadtteile als Problem- und Möglichkeitsräume begreifen. Weinheim, Basel: Beltz Juventa. S. 306–328.

Lageman, Bernhard/Schmidt, Christoph M. (2006): Larmoyanz oder Leistung: Welchen Weg geht NRW in die Wissensgesellschaft der Zukunft? Der Innovationsbericht NRW 2006. Ausgabe 29. URL: https://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-200910131469. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Lamnek, Siegfried/Krell, Claudia (2016): Qualitative Sozialforschung. 6. überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.

Lampert, Thomas/Kroll, Lars Eric (2006): Einkommensdifferenzen in der Gesundheit und Lebenserwartung – Quer- und Längsschnittbefunde des Sozioökonomischen Panels (SOEP). In: Gesundheitswesen, Band 68, Ausgabe 4/2006, S. 219–230.

Lampert, Thomas/Kroll, Lars Eric/Dunkelberg, Annalena (2007): Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Ausgabe 42, S. 11–18.

Lampert, Thomas/Kroll, Lars Eric (2012): Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. In: GBE kompakt, 3. Jg., Ausgabe 1/2012. Berlin: Robert Koch-Institut (Hg.). URL: www.rki.de/gbe-kompakt. [Letzter Zugriff: 31.08.2019]

Lampert, Thomas/Kroll, Lars Eric (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. In: GBE kompakt, 5. Jg. Ausgabe 2/2014. Berlin: Robert Koch-Institut (Hg.). URL: www.rki.de/gbe-kompakt. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Lampert, Thomas/Richter, Matthias/Schneider, Sven/Spallek, Jacob/Dragano, Nico (2015): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt 2016, Jahrgang 59, S. 153–165. DOI: 10.1007/s00103-015-2275-6.

Lampert, Thomas/Kroll, Lars Eric/Hoebel, Jens (2019): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland: Aktuelle Situation und Trends. In: Journal of Health Monitoring 2019, 4. Jg., Ausgabe 1/2019. Berlin: Robert Koch-Institut (Hg.). DOI:10.25646/5868.

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG NRW) (2019): Entwicklung der Sterblichkeit und der häufigsten Todesursachen. URL: https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/factsheets/lebenserwartung/trends/index.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Lattanzi-Licht, Marcia (2003): Die Betreuung von Menschen am Ende des Lebens. In: Wittkowski, Joachim (Hg.) (2003): Sterben, Tod und Trauer. Grundlagen – Methoden -Anwendungsfelder. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S. 195–210.

Lauth, Gerhard W./Viebahn, Peter (1987): Soziale Isolierung. Ursachen und Interventionsmöglichkeiten. München, Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Lee, Hyun Soo/Lee, Sung Hee (2015): Smart Services for Managing Solitary Fall Death in a House of the Elderly Living Alone. In: International Journal of Engineering and Technology, Band 7, Ausgabe 5/2015, S. 410–418. URL: www.ijetch.org/vol7/829-CE208.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Lenz, Karl (2008): Persönliche Beziehungen. In: Willems, Herbert (Hg.) (2008): Lehr(er)buch Soziologie. Eine systematische Einführung für die pädagogische Ausbildung und Berufspraxis. Wiesbaden: VS Verlag. S. 681–701.

Lin, Nan (2001): Social Capital. A Theory of Social Structure and Action. Cambridge: Cambridge University Press.

Lindner, Rolf (1990): Die Entdeckung der Stadtkultur. Soziologie aus der Erfahrung der Reportage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Lippke, Sonia (2018): Einsamkeit trotz sozialer Integration: Wie sich Einsamkeit in Netzwerken ausbreitet. Öffentlicher Vortrag im Rahmen des Habilitationsverfahrens an der Freien Universität Berlin vom 27.5.2010. URL: http://userpage.fu-berlin.de/~slippke/d-home/home-d/Habilitationsvortrag_Lippke_Einsamkeit.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Loke, Susanne (2019): Einsam verstorben… Eine theoretisch-empirische Untersuchung von Inklusions- und Exklusionsprozessen in Sozialräumen. Bochum: Sozial-Wissenschaftsladen c/o Evangelische Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe. URL: https://kidoks.bsz-bw.de/frontdoor/index/index/searchtype/all/start/0/rows/10/doctypefq/masterthesis/facetNumber_subject/all/docId/1377. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

LUHMANN, MAIKE (2016): Einsam mitten im Leben. Das Risiko für Einsamkeit beschränkt sich nicht nur aufs Alter. DOI: https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/dev0000117.

LUHMANN, MAIKE/HAWKLEY, LOUISE C. (2016). Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. In: Developmental Psychology, Band 50, Ausgabe 6/2016, S. 943–959. DOI: http://dx.doi.org/10.1037/dev0000117.

LUHMANN, MAIKE (2018): Einsamkeit – (Nicht nur) ein Problem des hohen Alters. In: HAX-SCHOPPENHORST, THOMAS (Hg.) (2018): Das Einsamkeitsbuch. Wie Gesundheitsberufe einsame Menschen verstehen, unterstützen und integrieren können. Bern: Hogrefe. S. 68–96.

LUHMANN, MAIKE/BÜCKER, SUSANNE (2019): Einsamkeit und soziale Isolation im hohen Alter. Projektbericht. Bochum: Ruhr-Universität Bochum. DOI: https://doi.org/10.13154/294-6373.

LUY, MARC (2002): Warum Frauen länger leben: Erkenntnisse aus einem Vergleich von Kloster- und Allgemeinbevölkerung. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, 106. Wiesbaden: BIB. URL: https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-333988. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

LUY, MARC/GAST, KATRIN (2014): Do women live longer or do men die earlier? Reflections on the causes of sex differences in life expectancy. In: Gerontology, Band 60, S. 143–153.

MACDONALD, GEOFF/LEARY, MARK, R. (2005): Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. In: Psychological Bulletin, Ausgabe 2/2005. S. 202–223. DOI: https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.131.2.202.

MACHO, THOMAS (2000): Mit sich allein. Einsamkeit als Kulturtechnik. In: ASSMANN, ALEIDA/ASSMANN, JAN (Hg.) (2000): Einsamkeit. Archäologie der literarischen Kommunikation VI. München: Wilhelm Fink. S. 27–44.

MACHO, THOMAS/MAREK, KRISTIN (Hg.) (2007): Die neue Sichtbarkeit des Todes. München: Wilhelm Fink Verlag.

MADEA, BURKHARD/DETTMEYER, REINHARD (2007): Basiswissen Rechtsmedizin. Unter Mitarbeit von Frank Mußhoff. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. URL: https://epdf.pub/queue/basiswissen-rechtsmedizin-springer-lehrbuch.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

MADEA, BURKHARD/DETTMEYER, REINHARD (2003): Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung. Kompetente Durchführung trotz unterschiedlicher Gesetzgebung der Länder. In: Deutsches Ärzteblatt, 48. Jg., S. A 3161–3179. URL: https://www.aerzteblatt.de/archiv/39572/Aerztliche-Leichenschau-und-Todesbescheinigung-Kompetente-Durchfuehrung-trotz-unterschiedlicher-Gesetzgebung-der-Laender. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

MAHNE, KATHARINA/WOLFF, JULIA K./SIMONSON, JULIA/TESCH-RÖMER, CLEMENS (Hg.) (2017): Altern im Wandel: zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-658-12502-8.

MÄRZ, URSULA (2018): Recht und Unrecht. Am Prenzlauer Berg in Berlin verschwinden zwei alte einsame Menschen und werden jahrelang nicht vermisst. Nur die Rente

wird weiter ausbezahlt an den mutmaßlichen Mörder. In der Tiefkühltruhe. In: Die Zeit, Ausgabe 6/2018 vom 01.02.2018.

Marcuse, Herbert (1969): Über Revolte, Anarchismus und Einsamkeit, ein Gespräch. Zürich: Verlag Die Arche.

Marquard, Odo (1995): Plädoyer für die Einsamkeitsfähigkeit. In: Skepsis und Zustimmung. Philosophische Studien. Stuttgart: Reclam. S. 110–122. URL: https://epdf.pub/skepsis-und-zustimmung-philosophische-studien.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Masten, Carrie L./Telzer, Eva/Fuligni, Andrew J./Lieberman, Matthew D./Eisenberger, Naomi I. (2012): Time spent with friends in adolescence relates to less neural sensitivity to later peer rejection. DOI: 10.1093/scan/nsq098.

Master, Sarah L./Eisenberger, Naomi I./Taylor, Shelley E./Naliboff, Bruce D. Shirinyan, David/Lieberman, Matthew D. (2009): A Picture's Worth: Partner Photographs Reduce Experimentally Induced Pain. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02444.x.

Max-Planck-Gesellschaft (MPG) (2019): Wie Kinder die Lebenserwartung der Eltern beeinflussen. URL: https://www.mpg.de/13968242/kinder-beeinflussen-lebenserwartung-von-eltern. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz.

Meitzler, Matthias (2012): Tot sind immer nur die anderen. Das eigene Lebensende zwischen Sterblichkeitswissen und Nicht-Erfahrbarkeit. In: Studentisches Soziologiemagazin, Ausgabe 1/2012, S. 22–38. URL: https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-391126. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Memento (2020): Informationsseite. Über uns. URL: https://www.memento-hamburg.de/ueber-uns/. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Merz, Marius (2013): Das Phänomen »Wohnungsleiche«. Inauguraldissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen. URL: http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2014/10892/pdf/MerzMarius_2014_03_27.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Merz, Marius/Birngruber, Christoph/Heidorn, Frank/Ramsthaler, F./Riße, M./Kreutz, K. Krähahn, J./Verhoff, Marcel A. (2011): Kriterien einer »Wohnungsleiche« – Literaturstudie zur Definition eines Fachbegriffs. In: Archiv für Kriminologie, Band 228, 2011, S. 191–202.

Merz, Marius/Heidorn, Frank/Birngruber, Christoph/Heidorn, Frank/Ramsthaler, F./Riße, M./Kreutz, K. Krähahn, J./Verhoff, Marcel A. (2012): Definition der »Wohnungsleiche« – eine retrospektive Studie anhand von 211 Leichenfunden. In: Archiv für Kriminologie, Band 230, 2012, S. 115–127.

Mielck, Andreas (Hg.) (1993): Krankheit und soziale Ungleichheit: Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen: Leske + Budrich.

Mielck, Andreas (2006): Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung: Argumente gegen die Überbetonung des Gesundheitsverhaltens. In: Rehberg, Karl-Siegbert (Hg.) (2006): Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede: Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München. Teilband 1 und 2. Frankfurt a.M.: Campus Verlag. S. 975–990.

Mielck, Andreas (2012): Inklusion und Exklusion die Folgen für den Gesundheitszustand. In: Balz, Hans-Jürgen/Benz, Benjamin/Kuhlmann, Carola (Hg.) (2012): Soziale Inklusion. Grundlagen, Strategien und Projekte in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: Springer VS. S. 163–180.

Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (MKFFI NRW) (2019): Integrationsprofil Gelsenkirchen. Daten zu Zuwanderung und Integration. Ausgabe 2018. URL: www.integrationsmonitoring.nrw.de/integrationsberichterstattung_nrw/Integration_kommunal/Integrationsprofile/Integrationsprofile--Gelsenkirchen.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Minnenmann, Elisabeth (1994): Die Bedeutung sozialer Beziehungen für Lebenszufriedenheit im Alter. Regensburg: Verlag Roderer.

Mogge-Grotjahn, Hildegard (2012): Gesellschaftliche Ein- und Ausgrenzungen – Der soziologische Diskurs. In. Huster, Ulrich/Boeckh, Jürgen/Mogge-Grotjahn, Hildegard (Hg.) (2012): Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung. 2. Auflage. Wiesbaden: VS-Verlag. S. 45–59.

Monbiot, George (2018): The town that's found a potent cure for illness – community. In: The Guardian vom 21.02.2018. URL: https://www.theguardian.com/commentisfree/2018/feb/21/town-cure-illness-community-frome-somerset-isolation. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Moore, Gwen (1990): Structural determinants of men's and women's personal networks. In: American Sociological Review, Band 55, 1990, S. 726–735. URL: www.umass.edu/pathway/nopassword/networkreliability5.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Morgan, John D. (2003): Der historische und gesellschaftliche Kontext von Sterben, Tod und Trauer. In: Wittkowski, Joachim (Hg.) (2003): Sterben, Tod und Trauer. Grundlagen – Methoden – Anwendungsfelder. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S. 14–30.

Morita, Satomu/Nishi, Katsuji/Furukawa, Satoshi/Hitosugi, Masahito (2015): A Survey of Solitary Deaths in Japan for Shortening Postmortem Interval Until Discover. In: prilozi, Band 29, 2015, S. 47–51. DOI: http://dx.doi.org/10.1515/prilozi-2015-0029.

Müller-Busch, Christof (2013): Abschied braucht Zeit. Palliativmedizin und Ethik des Sterbens. 4. Auflage. Berlin: Suhrkamp Verlag.

Nassehi, Armin/Weber, Georg (1989): Tod, Modernität und Gesellschaft. Entwurf einer Theorie der Todesverdrängung. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Nassehi, Armin (2004): »Worüber man nicht sprechen kann, darüber muss man schweigen.« Über die Geschwätzigkeit des Todes in unserer Zeit. In: Liessmann, Konrad Paul (Hg.) (2004): Ruhm, Tod, Unsterblichkeit. Wien: Zsolnay. S. 118–145.

Nassehi, Armin/Saake, Irmhild (2005): Kontexturen des Todes. Eine Neubestimmung soziologischer Thanatologie. In: Knoblauch, Hubert/Zingerle, Arnold (Hg.) (2005): Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens. Berlin: Dunker & Humblot. S. 31–54.

Negt, Oskar (1980): Die Abkapselung der Jugend. In: Schultz, Hans Jürgen (Hg.) (1980): Einsamkeit. 2. Auflage. S. 136–147. Stuttgart: Kreuz Verlag.

Neukomm, Sarah/Salzgeber, Renate (2011): Datenquelle Sozialhilfedossiers – Aktenanalyse als Erhebungsmethode. In: Impuls, Ausgabe 6/2011, S. 22–23.

Nichelmann, Johannes (2017): Der einsame Tod des Herrn D. Radio-Feature. URL: https://www.hoerspielundfeature.de/fuenf-jahre-tot-in-der-wohnung-der-einsame-tod-des-herrn-d-102.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Nick, May-Britt (2006): Todesumstände und Todesursachen der Bevölkerung der Gemeinden des Landkreises Harburg/Niedersachsen. Dissertationsschrift 2006. URL: https://ediss.sub.uni-hamburg.de/handle/ediss/1764. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Nicolaisen, Magnhild/Thorsen, Kirsten (2014): Who are lonely? Loneliness in different age groups (18–81 years old), using two measures of loneliness. In: International Journal of Aging & Human development, Band 78, Ausgabe 3/2014, S. 229–257. DOI: https://doi.org/10.2190/AG.78.3.b

Nilsson, Lise-Lotte/Lögdberg, Bengt (2008): Dead and forgotten – postmortem time before discovery as indicator of social isolation and inadequate mental healthcare in schizophrenia. In: Schizophrenia Research, Ausgabe 7/2008, (7), S. 337–339. URL: https://fdocuments.net/document/dead-and-forgotten-postmortem-time-before-discovery-as-indicator-of-social.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Nölle, Volker (1997): Vom Umgang mit Verstorbenen. Eine mikrosoziologische Erklärung des Bestattungsverhaltens.

Nomura, Mayuko/McLean, Stuart/Miyamori, Daisuke/Kakiuchi, Yasuhiro/Ikegaya, H. (2016): Isolation and unnatural death of elderly people in the aging Japanese society. In: Science & Justice, Band 56, Ausgabe 2/2016, S. 80–83. DOI: 10.1016/j.scijus.2015.12.003.

Novalis (1981): Werke. Bearbeitet und herausgegeben von Mähl, Hans-Joachim/Samuel, Richard. München, Wien: Hanser.

Nowland, Rebecca/Cacioppo, John T./Necka, Elizabeth (2017): Loneliness and Social Internet Use: Pathways to Reconnection in a Digital World? In: Perspectives on Psychological Science, Band 13, Ausgabe 2/2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1177/1745691617713052.

Nowossadeck, Sonja/Block, Jenny (2017): Wohnumfeld und Nachbarschaftsbeziehungen in der zweiten Lebenshälfte. Report Altersdaten. Ausgabe 1/2017. Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.). URL: https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-50705-9. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Nussbaum, Martha C. (1999): Gerechtigkeit oder Das gute Leben. Gender Studies. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Nussbaum, Martha C. (2010): Die Grenzen der Gerechtigkeit. Behinderung, Nationalität und Spezieszugehörigkeit. Berlin: Suhrkamp.

Obereit, Jacob Herrmann (1775): Vertheidigung der Mystik und des Einsiedlerlebens gegen Herrn Zimmermann in Hannover. Frankfurt a.M.

Obereit, Jacob Herrmann (1781): Die Einsamkeit der Weltüberwinder, nach innern Gründen erwogen von einem lakonischen Philanthropen. Leipzig.

Ochsmann, Randolph/Slangen, Kerstin/Feith, Gabi/Klein, Thomas/Seibert, Anja (1997): Sterbeorte in Rheinland-Pfalz: Zur Demographie des Todes. In: Beiträge zur Thanatologie, Ausgabe 8./1997. Mainz: Interdisziplinärer Arbeitskreis Thanatologie, Johannes Gutenberg-Universität. URL: https://www.yumpu.com/de/document/read/7567262/sterbeorte-in-rheinland-pfalz-zur-demographie-des-todes. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

OLDS, JACQUELINE/SCHWARTZ, RICHARD S. (2009): The lonely American. Drifting apart in the twenty-first century. Boston: Beacon Press.

ONNEN, CORINNA/STEIN-REDENT, RITA (2017): Frauen sterben anders als Männer. Soziologische Überlegungen zu einer demografischen Beobachtung. In: JAKOBY, NINA/THÖNNES, MICHAELA (2017): Zur Soziologie des Sterbens. Aktuelle theoretische und empirische Beiträge. Wiesbaden: Springer VS. S. 71–89.

ORTH, ANJA KATRIN/EYERUND, THERESA (2019): Aktuell keine Zunahme: Einsamkeit in Deutschland. IW-Kurzbericht, Nummer 38, 13.06.2019. Köln: Institut der Deutschen Wirtschaft. URL: https://www.iwkoeln.de/studien/theresa-eyerund-anja-katrin-orth-einsamkeit-in-deutschland-433090.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

OTANI, JUNKO (2005): Older survivors of the 1995 Great Hanshin Earthquake five years on. Implications for a future model of an ageing society with Japanese values. A thesis submitted to the Department of Social Policy in candidacy for the degree doctor of philosophy. URL: http://etheses.lse.ac.uk/2005/1/U489085.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

OTTO, HANS-UWE/SCHERR, ALBERT/ZIEGLER, HOLGER (2010): Wieviel und welche Normativität benötigt die Soziale Arbeit? Befähigungsgerechtigkeit als Maßstab sozialarbeiterischer Kritik. In: Neue Praxis, Heft 2/2010. Bielefeld.

PACKARD, VANCE (1973): Die ruhelose Gesellschaft. Ursachen und Folgen der heutigen Mobilität. Düsseldorf, Wien: Econ-Verlag.

PANKSEPP, JAAK (2003): Neuroscience. Feeling the pain of social loss. DOI: http://dx.doi.org/10.1126/science.1091062.

PAPKE JENS/KOCH, RAINER (2007): Places of death from cancer in a rural location. In: Onkologie, band 30, 2007, S. 105–108. DOI: http://dx.doi.org/10.1159/000098705.

PARPERT, FRIEDRICH (1955): Philosophie der Einsamkeit. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

PAULSEN, CAROLINA (2009): Institutionalisierung im Kulturvergleich: Das Beispiel der Regulierung von Alterserwerbsarbeit in Deutschland und Japan. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Philosophischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn. URL: https://bonndoc.ulb.uni-bonn.de/xmlui/handle/20.500.11811/3986. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

PEPLAU, LETIZIA ANNE/PERLMAN, DANIEL (Hg.) (1982): Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: Wiley.

PEPLAU, LETIZIA ANNE (1988): Loneliness: New Directions in Research. URL: https://peplau.psych.ucla.edu/loneliness/. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

PEPLAU, LETIZIA ANNE/PERLMAN, DANIEL (1998): Loneliness. In: Encyclopedia of mental Health. Academic Press. URL: https://peplau.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/141/2017/07/Perlman-Peplau-98.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

PERLMAN, DANIEL/JOSHI, PURUSHOTTAM (1987): The Revelation of Loneliness. In: Journal of Social Behavior and Personality, Ausgabe 01/1987, S. 63–76. URL: https://www.researchgate.net/publication/232496576_The_revelation_of_loneliness. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

PETERMANN, SÖREN (2001): Soziale Vernetzung städtischer und ländlicher Bevölkerungen am Beispiel der Stadt Halle. Abschlussbericht und Codebuch. Der Hallesche

Graureiher 2007–1. Halle-Wittenberg: Martin-Luther-Universität, Institut für Soziologie.

Petermann, Sören (Hg.) (2007): Erwerb und Nutzung des sozialen Kapitals in Vereinen und Gemeinschaften. Der Hallesche Graureiher 2001–02. Halle-Wittenberg: Martin-Luther-Universität.

Petermann, Sören (2014): Persönliches soziales Kapital in Stadtgesellschaften. Wiesbaden: Springer VS.

Petermann, Sören (2015): Soziale Netzwerke und Nachbarschaft. In: Reutlinger, Christian/Stiehler, Steve/Lingg, Eva (Hg.) (2015): Soziale Nachbarschaften. Geschichte, Grundlagen, Perspektiven. Wiesbaden: Springer VS. 177–188.

Petitte, Trisha/Mallow, Jennifer/Barnes, Emily/Petrone, Ashley/Barr, Taura/Theeke, Laurie (2015) A Systematic Review of Loneliness and Common Chronic Physical Conditions in Adults. In: The Open Psychology Journal, Ausgabe 8, S. 113–132. DOI: https://doi.org/10.2174 %2F1874350101508010113.

Peuckert, Rüdiger (2008): Familienformen im sozialen Wandel. 7. vollständig überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Springer VS.

Peuckert, Rüdiger (2019): Familienformen im sozialen Wandel. 9. vollständig überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Springer VS.

Pflüger-Scherb, Ulrike (2015): Seniorin lag 18 Monate tot in ihrer Wohnung – Nachbarn merkten nichts. Frau wegen eines Wasserschadens entdeckt. In: Hessische Niedersächsische Allgemeine (HNA) vom 22.12.2015, 17:28 Uhr. URL: https://www.hna.de/kassel/kreis-kassel/lohfelden-ort53240/seniorin-monate-ihrer-wohnung-nachbarn-merkten-nichts-5982052.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Pickel, Gert (2018): Säkularisierung, Pluralisierung, Individualisierung. Entwicklung der Religiosität in Deutschland und ihre politischen Implikationen URL: https://www.bpb.de/apuz/272103/entwicklung-der-religiositaet-in-deutschland-und-ihre-politischen-implikationen. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Pinquart, Martin/Sörensen, Silvia (2003): Risk factors for loneliness in adulthood and old age – a meta-analysis. In: Advances in psychology research, Band 19, S. 111–143. URL: https://www.researchgate.net/publication/313212306_Risk_factors_for_loneliness_in_adulthood_and_old_ageA_meta-analysis. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Poschardt, Ulf (2006): Einsamkeit. Die Entdeckung eines Lebensgefühls. München: Piper Verlag GmbH.

Puls, Wichard (1989): Soziale Isolation und Einsamkeit. Ansätze zu einer empirisch-nomologischen Theorie. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

Putnam, Robert (2000): Bowling alone. New York: Simon & Schuster.

Qualter, Pamela/Vanhalst, Janne/Harris, R./van Roekel, Eeske/Lodder, G./bangee, M./Nowland, Rebecca/Verhagen, M. (2015): Loneliness Across the Life Span. DOI: http://dx.doi.org/10.1177/1745691615568999.

Radio Télévision Luxembourg (RTL) (2019): Fünf Wochen nach Leichenfund Senden (NRW): Mann lag acht Jahre tot in der Wohnung – haben die Nachbarn sein Konto geplündert? URL: https://www.rtl.de/cms/senden-nrw-mann-lag-acht-jahre-tot-in-der-wohnung-haben-die-nachbarn-sein-konto-gepluendert-4429909.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

RAMMSTEDT, OTTO (2007): Involution. In: FUCHS-HEINRITZ, WERNER/LAUTMANN, RÜDIGER/RAMMSTEDT, OTTHEIN/WIENOLD, HANNS (Hg.) (2007): Lexikon zur Soziologie. 4., grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 315.

RANDALL, CHRIS/COCHRANE, ABBIE/JONES, RHIAN/MANCLOSSI, SILVIA (2019): Measuring national well-being in the UK: international comparisons, 2019. https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/articles/measuringnationalwellbeing/internationalcomparisons2019. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

RANDO, THERESA A. (2003): Die Anpassung an Verlust. In: WITTKOWSKI, JOACHIM (Hg.) (2003): Sterben, Tod und Trauer. Grundlagen – Methoden -Anwendungsfelder. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S. 173–192.

RAU, ROLAND/SCHMERTMANN, CARL P. (2020): Lebenserwartung auf Kreisebene in Deutschland. In: Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 117, Heft 29–30, 7/2020, S. 493-XII.

REIDICK, ORTRUN (2013): Einstellungen zu Sterben und Tod bei Hochaltrigen: Die Rolle von Persönlichkeit, Gesundheit und Religiosität. Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen Doktorgrades (Dr. phil.) im Fach Psychologie. URL: http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/15563/1/Dissertation %20Reidick %20HeiDOK.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

REITER, HERWIG (2021): Anmerkungen zur Schutzbedürftigkeit qualitativer Sozialforscher*innen. In: FRANZ, JULIA/UNTERKOFLER, URSULA (Hg.) (2021): Forschungsethik in der Sozialen Arbeit. Prinzipien und Erfahrungen. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich. S. 269–280.

REPORT MAINZ (2014): Allein, einsam, vergessen. Reportage von Monika Anthes vom 25.11.2014. URL: www.swr.de/report/allein-einsam-vergessen-autorengespraech-immer-mehr-alte-menschen-erleiden-den-sozialen-tod/-/id=233454/did=14601730/nid=233454/fodnvb/index.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

RICHTER, THOMAS (2018): Toter lag fast drei Jahre in Duisburger Wohnung. In: Westdeutsche Allgemeine Zeitung (WAZ). URL: https://www.waz.de/staedte/duisburg/toter-lag-fast-drei-jahre-in-duisburger-wohnung-id213282431.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

RIEMANN, FRITZ (1980): Flucht vor der Einsamkeit. In: SCHULTZ, HANS JÜRGEN (Hg.) (1980): Einsamkeit. 2. Auflage. Stuttgart: Kreuz Verlag. S. 22–33.

RIEPERT, THOMAS/URBAN, REINHARD (2008): Zur Problematik der ärztlichen Leichenschau aus rechtsmedizinischer Sicht. URL: https://www.kriminalpolizei.de/ausgaben/2008/juni/detailansicht-juni/artikel/zur-problematik-der-aerztlichen-leichenschau-aus-rechtsmedizinischer-sicht.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

RIESMAN, DAVID/GLAZER, NATHAN/DENNEY, REUEL (1956): Die einsame Masse. Eine Untersuchung der Wandlungen des amerikanischen Charakters. Darmstadt/Berlin-Frohnau/Neuwied am Rhein: Hermann Luchterhand Verlag.

RINGEL, ERWIN (1995): Der Selbstmord: Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung – Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern. Hohenwarsleben: Westarp.

ROBERT KOCH-INSTITUT (RKI) (Hg.) (2011): Heft 52. Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Berlin: Robert Koch-Institut. URL: https://www.rki.de/DE/

Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/sterblichkeit.pdf?__blob=publicationFile. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.) (2012): GBE kompakt. Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 2/2012, 3. Jahrgang. Berlin: RKI. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012_2_Demografischer_Wandel_Alterung.pdf?__blob=publicationFile. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Rodenstein, Marianne (2008): Sterben in einer Großstadt –am Beispiel Frankfurt a.M. In: Bautsch, Renate (Hg.) (2008): Bürgerinstitut e. V. Sterben in der Großstadt. Ein Beitrag zur Hospizgeschichte in Frankfurt a.M. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag. S. 34–50.

Röhrle, Bernd (1994): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim: Beltz/Psychologie-Verlags-Union.

Rohr-Zänker, Ruth/Müller, Wolfgang (1998): Die Rolle von Nachbarschaften für die zukünftige Entwicklung von Stadtquartieren. Expertise im Auftrag der Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung. Oldenburg.

Rook, Karen S. (1984): Promoting social bonding: Strategies for helping the lonely and socially isolated. In: American Psychologist. Band 39, 1984, S. 1389–1407. DOI: http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.39.12.1389.

Rubenstein, Carin/Shaver, Philipp (1982): The experience of loneliness: In: Peplau, Letitia A./Perlman, Daniel (Hg.) (1982): Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: Wiley & Sons. S. 206–223.

Runge, Ulrike (2007): Soziales Netzwerk im Alter. Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doktor der Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock. DOI: https://doi.org/10.18453/rosdok_id00000302.

Runtuwene, Natalie/Buster, Marcel (2019): Domestic-setting corpses, an urban problem? In: Journal of Forensic and Legal Medicine, Band 61, Ausgabe 2/2019, S. 22–26. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jflm.2018.10.006.

Russel, Dan/Peplau, Letitia A./Cutrona, Carolyn E. (1980): The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. In: Journal of Personality and Social Psychology, Band 39, Ausgabe 3/1980, S. 472–480. DOI: http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472.

Russel, Dan/Cutrona, Carolyn E./Rose, Jayne/Yurko, Karen (1984): Social and emotional loneliness: An examination of Weiss' typology of loneliness. In: Journal of Personality and Social Psychology, Band 46, 1984, S. 1313–1321. DOI: http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.46.6.1313.

Samarel Nelda (2003): Der Sterbeprozess. In: Wittkowski, Joachim (Hg.) (2003): Sterben, Tod und Trauer. Grundlagen – Methoden -Anwendungsfelder. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S. 132–151.

Saternus, Klaus-Steffen (2010): Todesursachen. In: Wittwer, Hector/Schäfer, Daniel/Frewer, Andreas (Hg.) (2010): Sterben und Tod. Ein interdisziplinäres Handbuch. Stuttgart, Weimar: Verlag J. B. Metzler. S. 109–117.

Sauer, Sebastian/Müller, Rolf/Rothgang Heinz (2013): Institutionalisiertes Sterben in Deutschland. Trends in der Sterbeortverteilung: zu Hause, Krankenhaus und Pflegeheim. In: Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie, Ausgabe 1/2013. URL: https://www.researchgate.net/publication/260338170_Institutionalisiertes_Sterben_in_Deutschland_Trends_in_der_Sterbeortverteilung_zu_Hause_Krankenhaus_und_Pflegeheim. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Saunders, Dame Cicely/Baines, Mary (1989): Living with dying: The management of terminal disease. Oxford: Oxford University Press.

Schaarmann, Bernd (2015): Nice Places To Die. Dokumentarfilm.

Schad-Seifert, Annette/Shimada, Shingo (Hg.) (2010): Demographic Change in Japan and in the EU. Comparative perspectives. Düsseldorf: university press. URL: https://docserv.uni-duesseldorf.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-17920/Demographic%20Change%20in %20Japan%20and %20the %20EU %20Onlineversion.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Schad-Seifert, Annette/Kottmann, Nora (Hg.) (2019): Japan in der Krise: Soziale Herausforderungen und Bewältigungsstrategien. Wiesbaden: Springer VS.

Schäfer, Julia (2002): Tod und Trauerrituale in der modernen Gesellschaft. Perspektiven einer alternativen Trauer- und Bestattungskultur. Stuttgart: ibidem-Verlag.

Scharfe, Elaine/Bartholomew, Kim (1995): Accomodation and attachment representations in young couples. In: Journal of Social and Personal Relationships, Ausgabe 12/1995. S. 389–401. DOI: https://doi.org/10.1177/0265407595123004.

Scherr, Albert (2017): Integration und Ausgrenzung – Inklusion und Exklusion. In: Kessl, Fabian/Kruse, Elke/Stövesand, Sabine/Thole, Werner (Hg.) (2017): SozialeArbeit – Kernthemen und Problemfelder. Opladen, Toronto: Verlag Barbara Budrich. S. 34–42.

Schiefer, Frank (2007): Die vielen Tode. Individualisierung und Privatisierung im Kontext von Sterben, Tod und Trauer in der Moderne. Wissenssoziologische Perspektiven. Berlin: LIT Verlag.

Schmerl, Christiane/Nestmann, Frank (1991): Frauen und Helfen: Wie weit trägt die weibliche Natur? In: Nestmann, Frank/Schmerl, Christiane (Hg.) (1991): Frauen – das hilfreiche Geschlecht. Dienst am Nächsten oder soziales Expertentum? Hamburg: Rowohlt. S. 9–44.

Schmidt, Thorsten (2018): Skelettierte Leiche in Wohnung gefunden. In: Süddeutsche Zeitung vom 10. 07.2018, 14:28 Uhr. URL: https://www.sueddeutsche.de/muenchen/obergiesing-skelettierte-leiche-in-wohnung-gefunden-1.4048387. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Schmidtke, Armin/Sell, Roxane/Löhr, Cordula (2008): Epidemiologie von Suizidalität im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 41, 2008, S. 3–13. DOI: 10.1007/s00391-008-0517-z.

Schnabel, Peter-Ernst (2013): Mit Tod und Sterben leben lernen. Ein Konzept zur Förderung von Überlebenskompetenz und Gesundheit. Weinheim: Beltz Juventa.

SCHNABEL, PETER-ERNST (2014): Krankes oder gesundes Sterben? Über den Umgang mit einem Tabu in einer vermeintlich aufgeklärten Gesellschaft. In: Sozialmagazin. Die Zeitschrift für Soziale Arbeit. Sterben. 39.Jg., Ausgabe 5 und 6, S. 6–13. Weinheim: Beltz Juventa.

SCHNEIDER, WERNER (2006): Das gute Sterben? – Zur Institutionalisierung des Sterbens in der Hospiz- und Palliativarbeit. Thomas-Dehler-Stiftung: »In Würde sterben – Sterben als Teil des Lebens«. Vortrag in München, 11.11.2006. (unveröffentlichtes Manuskript)

SCHNUR, OLAF (2018): (Neue) Nachbarschaft. Skizze eines Forschungsfelds. In: vhw werkSTADT, Nummer 23, 09/2018. Berlin: VHW. URL: https://www.researchgate.net/publication/328692468_Neue_Nachbarschaft_-_Skizze_eines_Forschungsfelds/link/5bdc415692851c6b27a17243/download. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

SCHOBIN, JANOSCH (2018): Vereinsamung und Vertrauen – Aspekte eines gesellschaftlichen Problems. In: HAX-SCHOPPENHORST, THOMAS (Hg.) (2018): Das Einsamkeitsbuch. Wie Gesundheitsberufe einsame Menschen verstehen, unterstützen und integrieren können. Bern: Hogrefe. S. 46–67.

SCHOLZ, REMBRANDT/SCHULZ, ANNE (2007): Haben Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit einen Einfluss auf die Höhe der Lebenserwartung? Rostocker Zentrum – Diskussionspapier. Nr. 18. URL: https://www.rostockerzentrum.de/content/publikationen/rz_diskussionpapier_18.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

SCHOPENHAUER, ARTHUR (1972): Band 5. Parerga und Paralipomena, erster Band. Neu bearbeitet und herausgegeben von Hübscher, Arthur. Wiesbaden: Brockhaus.

SCHRÖDER, HILKE/KLOTZBACH, HEIKE/OESTERHELWEG, LARS/GEHL A./PÜSCHEL, KLAUS (2001): Artenspektrum und zeitliches Auftreten von Insekten an Wohnungsleichen im Großraum Hamburg. In: Rechtsmedizin, Band 11, Ausgabe 5/2001, S. 59–63. DOI: https://doi.org/10.1007/s001940100087.

SCHRÖDER, HILKE/KLOTZBACH, HEIKE/PÜSCHEL, KLAUS (2003). Insects' colonization of human corpses in warm and cold season. In: Legal Medicine, Ausgabe 5/2003, S. 372–374. DOI: doi: 10.1016/s1344-6223(02)00135-9.

SCHROER, MARKUS (1997): Individualisierte Gesellschaft. In: KNEER, GEORG/NASSEHI, ARMIN/SCHROER, MARKUS (Hg.) (1997): Soziologische Gesellschaftsbegriffe. Konzepte moderner Zeitdiagnosen. München: Fink. S. 157–183.

SCHROER, MARKUS (2000): Negative, positive und ambivalente Individualisierung erwartbare und überraschende Allianzen. In: KRON, THOMAS (Hg.) Individualisierung und soziologische Theorie. Wiesbaden: VS Verlag. S. 13–42.

SCHROER, MARKUS (2017): Soziologische Theorien. Von den Klassikern bis zur Gegenwart. Leiden: Wilhelm Fink Verlag.

SCHUH, CHRISTINA (2009): Publikationsverhalten im Überblick – eine Zusammenfassung der einzelnen Diskussionsbeiträge. In: ALEXANDER VON HUMBOLDT-STIFTUNG (Hg.) (2009): Diskussionspapiere der Alexander von Humboldt-Stiftung. Publikationsverhalten in unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen. Beiträge zur Beurteilung von Forschungsleistungen. Ausgabe 12/2009, zweite erweiterte Auflage, S. 6–13. URL: https://www.qs.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/d_qualitaetssicherung/Dateidownloads/Publikationsverhalten_in_unterschiedlichen_wissenschaftlichen_Disziplinen.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Schultz, Friedrich/Tsokos, Michael/Püschel, Klaus (1999): Natürliche Mumifikation im häuslichen Milieu. In: Rechtsmedizin, Ausgabe 10/1999, S. 32–38. DOI: https://doi.org/10.1007/s001940050127.

Schupp, Peter (2003): Aus der Geschichte der Elenden-Bruderschaft zu Paderborn. Online verfügbar unter: www.kreuzgang.org/viewtopic.php?f=3&t=198. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Schwab, Reinhold (1997): Einsamkeit: Grundlagen für die klinisch-psychologische Diagnostik und Intervention. Bern: Verlag Hans Huber.

Schwerdtfeger, Christian (2018): Mann lag seit 2015 tot in Duisburger Wohnung: Der Nachbar, den niemand vermisste. In: RP online vom 01.02.2018, 10:22 Uhr. URL: https://rp-online.de/nrw/staedte/duisburg/toter-in-duisburg-der-tote-nachbar-den-seit-2015-niemand-vermisste_aid-18867839. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Sen, Amartya (2000): Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. München, Wien: Carl Hanser Verlag.

Sen, Amartya (2010): Die Idee der Gerechtigkeit. München: C. H. Beck.

Sennett, Richard (1998): The Corrosion of Character: The Personal Consequences of Work in the New Capitalism. London, New York: W. W. Norton & Company.

Simmank, Jakob (2018): Psychologie. Einsamkeit – eine tückische Trenddiagnose. Sie sei eine Krankheit, gar häufigste Todesursache, ein Ministerium gegen Einsamkeit müsse her. Wer profitiert eigentlich, wenn einsame Menschen für krank erklärt werden? In: DIE ZEIT vom 22.04.2018. URL: https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2018-04/psychologie-einsamkeit-manfred-spitzer-gefuehl-krankheit-alleinsein-isolation. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Simmank, Jakob (2020): Einsamkeit – Warum wir aus einem Gefühl keine Krankheit machen sollten. Zürich, Hamburg: Atrium Verlag AG.

Simmel, Georg (1903): Die Großstädte und das Geistesleben. URL: http://socio.ch/sim/verschiedenes/1903/grossstaedte.htm. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Sloterdijk, Peter (2017): Essay von Peter Sloterdijk. Der weite Weg zur Weltgesellschaft. Trotz allen Fortschritts sind wir in der Logik von Stamm und Sippe verwurzelt. Wer begreifen will, warum uns Globalisierung und Flüchtlingskrise verunsichern, muss alte Begriffe neu verstehen. Ein Wörterbuch der Moderne. In: Handelsblatt vom 13.01.2017. URL: https://petersloterdijk.net/2017/01/der-weite-weg-zur-weltgesellschaft/. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Smith, Else/Larsen, Jens Fromholt/Rosdahl, Nils (2001): [To die alone, a big city problem?] In: Ugeskrift for laeger, 2001, S. 3069–3073. URL: https://europepmc.org/article/med/11449832. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Sofsky, Wolfgang (2005): Traktat über die Gewalt. Frankfurt a.M.: Fischer.

Sonnmoser, Marion (2018): Einsamkeit und Gesundheit. In: Hax-Schoppenhorst, Thomas (Hg.) (2018): Das Einsamkeitsbuch. Wie Gesundheitsberufe einsame Menschen verstehen, unterstützen und integrieren können. Bern: Hogrefe. S. 89–96.

Sörries, Reiner (2008): Alternative Bestattungen. Formen und Folgen. Ein Wegweiser. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag.

Sörries, Reiner (2016): Ein halbes Jahrhundert Bestattungspraxis. Von der Experten- zur Laienkultur. In: Schließer, Benjamin/Schubert, Corinna/Weimer, Markus/

HEMPELMANN, HEINZPETER (Hg.) (2016): Handbuch Bestattung: Impulse für eine milieusensible kirchliche Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 21–36.

SOZIOLOGIEMAGAZIN (2014): Emotionen – wie sozial sind unsere Gefühle? Ausgabe 2/2014. Opladen, Berlin, Toronto: Budrich.

SPERBER, MANÈS (1980): Von Not und Nutzen der Einsamkeit. In: SCHULTZ, HANS JÜRGEN (Hg.) (1980): Einsamkeit. 2. Auflage. S. 10–21. Stuttgart: Kreuz Verlag.

SPIEGEL (2014): Umfrage: Ein Drittel der Deutschen will im Hospiz sterben. URL: www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/umfrage-die-meisten-deutschen-wollen-nicht-allein-und-daheim-sterben-a-954209.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

SPIEGEL ONLINE (2018): Gesundheitsrisiko Einsamkeit. Auch deutsche Politiker fordern mehr Einsatz im Kampf gegen Einsamkeit. In Großbritannien gibt es seit Kurzem einen Regierungsposten für Einsamkeit. Politiker von SPD und CDU wollen nachziehen. Artikel vom 19.01.2018, 10:10 Uhr. URL: https://www.spiegel.de/politik/deutschland/einsamkeit-politiker-von-spd-und-cdu-fordern-mehr-einsatz-im-kampf-dagegen-a-1188664.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

SPITZER, MANFRED (2018): Einsamkeit. Die unerkannte Krankheit. Schmerzhaft. Ansteckend, Tödlich. München: Droemer.

SPLENDID RESEARCH GMBH (2017): Studie zum Einsamkeitsgefühl der Deutschen. URL: https://www.splendid-research.com/statistik/studie-einsamkeitsempfinden-der-deutschen/. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

STADELBACHER, STEPHANIE (2015): Sterben zuhause: Krisen und Routinen des Sterben-Machens im Privaten. In: Routinen der Krise – Krise der Routinen. DGS-Verhandlungsband 2014. Band 37 (2015). O. S. URL: http://publikationen.soziologie.de/index.php/kongressband_2014/article/view/102. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

STADELBACHER, STEPHANIE (2017): Das Lebensende als Randgebiet des Sozialen? Zur Praxis des »guten« Sterbens zu Hause am Beispiel der ambulanten Hospiz- und Palliativarbeit. In: JAKOBY, NINA/THÖNNES, MICHAELA (2017): Zur Soziologie des Sterbens. Aktuelle theoretische und empirische Beiträge. Wiesbaden: Springer VS.

STADT AACHEN (2007): Dialog der Religionen in Aachen. URL: https://www.aachen.de/DE/stadt_buerger/gesellschaft_soziales/integration/integrationsbeauftragte/dialog_der_religionen/informationsbroschuere/index.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

STADT AACHEN (2015): Willkommen in Aachen. Entdecken Sie die Stadt im Herzen Europas. URL: https://www.aachen.de/de/stadt_buerger/hochschulen/studenteninfo/aachen-studis/02_willkommen/index.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

STADT AACHEN (2017): Wohnungsmarktbericht 2017. Aachen: Stadt Aachen.

STADT AACHEN (2018): Statistisches Jahrbuch 2016. Bevölkerungszahlen, Arbeitsmarktdaten u.v.m. www.aachen.de/DE/stadt_buerger/pdfs_stadtbuerger/pdf_statistik/statistisches_jahrbuch_2016.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

STADT AACHEN (2019): Einwohnerstatistik (XLSX) 31.12.2018. URL: http://offenedaten.aachen.de/dataset/einwohnerstatistik/resource/406f6e92-8880-49c4-897d-b2abb5ae2c03. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

STADT GELSENKIRCHEN (2016a): Landschaftsplan. URL: https://www.gelsenkirchen.de/de/infrastruktur/stadtplanung/_doc/text_zum_landschaftsplan.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Stadt Gelsenkirchen (2016b): Bevölkerungsstatistik aktuell. URL: https://www.gelsenkirchen.de/de/stadtprofil/stadtfakten/statistiken/_doc/bevoelkerungsstatistik_aktuell.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Stadt Gelsenkirchen (2018): Gesellschaftliche Teilhabechancen von Gelsenkirchener Kindern. Entwicklung und Stand 2018. URL: https://www.gelsenkirchen.de/de/Familie/Netzwerke/Jedem_Kind_seine_Chance_/_doc/_2018_Gesellschaftliche_Teilhabechancen_von_Gelsenkirchener_Kindern.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Stadt Gelsenkirchen (2019): Bev_Migration_Gesamtstadt_Woche.csv. URL: https://www.gelsenkirchen.de/de/stadtprofil/stadtfakten/statistiken/_doc/bev_migration_gesamtstadt_woche.csv. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Stadt Gelsenkirchen (2020): Bev_Haushalte__Stadtteil_ jahr. URL: https://www.gelsenkirchen.de/de/stadtprofil/stadtfakten/statistiken/_doc/Bev_Haushalte_Stadtteil_Jahr.csv. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Statista (2020a): An welchem Ort möchten sie am liebsten sterben, wenn es einmal soweit ist? URL: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/227365/umfrage/bevorzugte-sterbeorte/. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Statista (2020b): Durchschnittliches Sterbealter in Deutschland nach Geschlecht in den Jahren 1956 bis 2017 (in Jahren). URL: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1013295/umfrage/durchschnittliches-sterbealter-in-deutschland-nach-geschlecht/. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018a): 11. Deutschland in Europa. Auszug aus dem Datenreport 2018. URL: https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2018-kap-11.pdf?__blob=publicationFile&v=4. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018b): Pressemitteilung Nr. 251 vom 10. Juli 2018. Deutlich weniger Ehescheidungen im Jahr 2017. URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/07/PD18_251_12631.html;jsessionid=D9BF7460346DAABD4459DC8FE9E3C863.internet722. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019a): Sterbetafel 2016/18. Methoden- und Ergebnisbericht zur laufenden Berechnung von Periodensterbetafeln für Deutschland und die Bundesländer. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Publikationen/Downloads-Sterbefaelle/periodensterbetafel-erlaeuterung-5126203187004.pdf?__blob=publicationFile. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019b): Bevölkerung. Sterbefälle und Lebenserwartung. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/_inhalt.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019c): Todesursachen. Zahl der Todesfälle im Jahr 2017 um 2,3 % gestiegen. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/todesfaelle.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019d): Privathaushalte nach Haushaltsgröße im Zeitvergleich. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/_inhalt.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020a): Bevölkerung. Migration und Integration. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/_inhalt.html?__blob=publicationFile. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020b): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus. Fachserie 1, Reihe 3. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Publikationen/_publikationen-innen-haushalte.html;jsessionid=755C6F0B3C3DB90A748D93C789A7942F.live742. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Statistisches Landesamt Nordrhein-Westfalen (IT-NRW) (2017): Strukturdaten Gebiet und Bevölkerung. URL: https://www.it.nrw/statistik/strukturdaten/strukturdaten-gebiet-und-bevoelkerung-659. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Steptoe, Andrew/Shankar, Aparna/Demakakos, Panayotes/Wardle, Jane (2013): Social isolation, loneliness and all-cause mortality in older men and women. In: Proceedings of the National Academy of Sciences, Band 110, S. 5797–5801. DOI: https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110.

Stokes, Joseph P./Wilson, Diane Grimard (1984): The inventory of socially supportive behaviors: Dimensionality, prediction, and gender differences. DOI: https://doi.org/10.1007/BF00896928.

Stöver, Heino (2010): Im Dienste der Männlichkeit: Die Gesundheitsverweigerer. In: Paul, Bettina/Schmidt-Semisch, Henning (2010): Risiko Gesundheit. Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft. Wiesbaden: Springer VS. S. 203–211.

Stravynski, Ariel/Boyer, Richard (2001): Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: A population-wide study. In: Suicide and life-threatening behavior, Ausgabe 1/2001, S. 32–40. DOI: 10.1521/suli.31.1.32.21312.

Streeck, Nina (2017): Sterben wie man gelebt hat. Die Optimierung des Lebensendes. In: Jakoby, Nina/Thönnes, Michaela (2017): Zur Soziologie des Sterbens. Aktuelle theoretische und empirische Beiträge. Wiesbaden: Springer VS. S. 29–48.

Stremmel, Jan (2018): Buchautor Manfred Spitzer. Über einen, der aus Ängsten Geld macht. Er ist Chefarzt, Hirnforscher, Sachbuchautor und ein sehr gefragter Gast auf Podien und in Talkshows. Manfred Spitzer propagiert eine äußerst simple These: Das Internet zerstört unser Leben. In: Süddeutsche Zeitung, 8. Mai 2018, 16:29 Uhr. URL: https://www.sueddeutsche.de/leben/buchautor-manfred-spitzer-ueber-einen-der-aus-aengsten-geld-macht-1.3965193. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Strohmeier, Klaus Peter/Häußermann, Hartmut (2003): Gutachten für die Enquetekommission »Zukunft der Städte in NRW« des Landtags Nordrhein-Westfalen. Sozialraumanalyse – Soziale, ethnische und demografische Segregation in den nordrhein-westfälischen Städten. Dortmund: Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung des Landes Nordrhein-Westfalen (ILS).

Student, Johann Christoph (2009): Zu Hause sterben. Hilfen für Betroffene und Angehörige. 9. Auflage. Bad Krozingen: Deutsches Institut für Palliative Care. URL: http://christoph-student.homepage.t-online.de/Zu %20Hause %20sterben %2009.pdf?foo=0.6762176101188486. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Stuttgarter Nachrichten (2017): Unbemerkter Tod. Wie einsam leben Großstädter? URL: https://www.stuttgarter-nachrichten.de/inhalt.unbemerkter-tod-wie-einsam-leben-grossstaedter.e5b9ca87-7fc2-4135-9dbb-cebd8b7a2571.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Sudnow, David (1973): Organisiertes Sterben. Eine soziologische Untersuchung. Mit einer Einleitung zur deutschen Ausgabe von Thure von Uexküll. Frankfurt a.M.: Fischer Verlag GmbH.

Svendsen, Lars Fr. H. (2016): Philosophie der Einsamkeit. Berlin: University Press.

Takami, Shunki/Torii, Ippei/Ishii, Naohiro (2014) Development of System for Prevention of Solitary Death with Mobile Devices. In: Procedia Computer Science, Band 35, 2014, S. 1193–1201. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.procs.2014.08.216.

Thiblin, Ingemar/Fugelstad, Anna/Leifman, Anders G./Romelsjö, Anders (2004): Relationships Between the Deinstitutionalization of Healthcare for Patients with Mental Disorder, Substance Abuse, and Isolated Death. In: Journal of Forensic Sciences, Band 49, Ausgabe 2/2004, S. 354–360. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15027560/. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Thieme, Frank (2013): Der gegenwärtige Wandel der deutschen Bestattungskultur als Widerspiegelung gesellschaftlicher. Entwicklungstrends. In: SWS-Rundschau, Band 53, Ausgabe 3/2013, S. 320–336. URL: https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-453481. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Thieme, Frank (2016): Bestattung zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Eine soziologische Studie zum Wandel des Bestattungsverhaltens in Deutschland. Düsseldorf: Fachverlag des deutschen Bestattungsgewerbes.

Thieme, Frank (2019): Sterben und Tod in Deutschland. Eine Einführung in die Thanatosoziologie. Wiesbaden: Springer VS.

Thoma, Johanna (2018): Einsamkeit und ihre Bewältigung aus dem Blickwinkel Sozialer Arbeit. In: Hax-Schoppenhorst, Thomas (Hg.) (2018): Das Einsamkeitsbuch. Wie Gesundheitsberufe einsame Menschen verstehen, unterstützen und integrieren können. Bern: Hogrefe. S. 417–430.

Thönnes, Michaela/Jakoby, Nina (2011): Wo sterben Menschen? Zur Frage des Sterbens in Institutionen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Ausgabe 5/2011, S. 336–339. DOI: https://doi.org/10.1007/s00391-011-0181-6.

Thönnes, Michaela (2013): Sterbeorte in Deutschland. Eine soziologische Studie. URL: https://www.researchgate.net/publication/278748665_Sterbeorte_in_Deutschland_Eine_soziologische_Studie. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Tiefenbach, Tim (2015): Der einsame Tod. Ein unterschätztes Phänomen? In: Das Magazin der Max Weber Stiftung. Weltweit vor Ort, Ausgabe 2/2015, S. 18–21. URL: https://www.maxweberstiftung.de/fileadmin/user_upload/Magazin/MWS-Magazin_02_15_web.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Tillmann, Carolin (2019): Niemand sollte vor seinem Tod sterben. Ein Mutmachbuch für Schwerkranke und ihre Angehörigen. Marburg: Büchner-Verlag eG.

Townsend, Peter (1957) The Family Life of Older People. London: Routledge and Kegan Paul.

Trachsel, Manuel/Maerker, Andreas (2016): Lebensende, Sterben und Tod. Göttingen: Hogrefe Verlag.

TRAUNMÜLLER, RICHARD (2008): Religion als Ressource sozialen Zusammenhalts? Eine empirische Analyse der religiösen Grundlagen sozialen Kapitals in Deutschland. SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research 144. Berlin: DIW. URL: https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.90639.de/diw_sp0144.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

TWENGE, JEAN M./KASSER, TIM (2013): Generational Changes in Materialism and Work Centrality, 1976–2007: Associations With Temporal Changes in Societal Insecurity and Materialistic Role Modeling. DOI: https://doi.org/10.1177/0146167213484586.

UMWELTBUNDESAMT (2017): Umwelt- und Aufenthaltsqualität in urbanen Quartieren. Empfehlungen zum Umgang mit Dichte und Nutzungsmischung. Dessau-Roßlau: Umweltbundesamt. URL: https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/1410/publikationen/fachbroschuere_umwelt-aufenthaltsqualitaet_urbane-quartiere.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

UMWELTMEDIZINISCHER INFORMATIONSDIENST (UMID) (Hg.) (2008): UMID-Themenheft: Umweltgerechtigkeit – Umwelt, Gesundheit und soziale Lage, Ausgabe: 2/2008. Berlin: Umweltbundesamt. URL: https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/pdfs/umid0208.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

VALTORTA, NICOLE K./KANAAN, MONA/GILBODY, SIMON/RONZI, SARA/HANRATTY, BARBARA (2016) Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. DOI: 10.1136/heartjnl-2015-308790.

VAN DEN HONDEL, KAREN ELINE/BUSTER, MARCEL/BENDER, PETER PAUL/REIJNDERS, UDO (2016): Ten-Year-Old Mummified Corpse Found in Domestic Setting in Rotterdam the Netherlands. In: Journal of Forensic Research, Band 7, Ausgabe 3/2016. DOI: 10.4172/2157-7145.1000330.

VAN OORSCHOT BIRGITT/KLAK, L./REICHERT, L./HILDENBRAND, B. (1999): Sterbeorte in Jena im Jahre 1999. URL: www.hospiz-jena.de/pages/forschung/sterbeorte.html. [Letzter Zugriff: 01.09.2020]

VICTOR, CHRISTINA R./YANG, KEMING (2012): The prevalence of loneliness among adults: A case study of the United Kingdom. In: Journal of Psychology, Ausgabe 1 und 2/2012, S. 85–104. DOI: 10.1080/00223980.2011.613875.

VOGELPOHL, ANNE (2013): Qualitativ vergleichen – Zur komparativen Methodologie in Bezug auf räumliche Prozesse. In: ROTHFUẞ, EBERHARD/DÖRFLER, THOMAS (Hg.) (2013): Raumbezogene qualitative Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS. S. 61–82.

VOLKMANN, ANNE (2012): Quartierseffekte in der Stadtforschung und in der sozialen Stadtpolitik. Die Rolle des Raumes bei der Reproduktion sozialer Ungleichheit. In: Forum Stadt- und Regionalplanung e.V. (Hg.). Graue Reihe des Instituts für Stadt- und Regionalplanung. Band 36/2012. Berlin: Technische Universität. URL: https://depositonce.tu-berlin.de/bitstream/11303/3389/1/Dokument_9.pdf#page=64&zoom=100,-7,626. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

VON GOETHE, JOHANN WOLFGANG (2001): Die Leiden des jungen Werthers. Ditzingen: Reclam-Verlag.

WELT (2018): Leiche in Duisburg-Marxloh. Rentner lag drei Jahre tot in Wohnung. URL: https://www.welt.de/regionales/nrw/article173091089/Duisburg-Marxloh-Tot

er-Rentner-lag-drei-Jahre-unbemerkt-in-seiner-Wohnung.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Weber, M./Schütz, J./Ochsmann, Randolph/Huber, Christoph (1997): Sterbeorte in Mainz 1951–1995. Beiträge zur Thanatologie. Mainz: Johannes Gutenberg-Universität Mainz 1997, Ausgabe 12.

Weber, Hans-Joachim (1994): Der soziale Tod. Zur Soziogenese von Todesbildern. Frankfurt a.M.: Europäischer Verlag der Wissenschaften.

Weiss, Robert Stuart (1973): Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation. Cambridge/Massachusetts: M.I.T. Press.

Weiss, Robert Stuart (1974): The provisions of social relationships. In: Weiss, Robert (Hg.) (1974) Loneliness: The experience of emotional and social isolation Cambridge/Massachusetts: M.I.T. Press. S. 7–29.

Weiss, Robert Stuart (1982): Issues in the study of loneliness. In: Peplau, Letitia A./Perlman, Daniel (Hg.) (1982): Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: Wiley & Sons.

Weiss, Robert Stuart (1987): Reflections on the present state of loneliness research. In: Hojat, Mohammedreza/Crandall, William Rick (Hg.) (1987): Loneliness: Theory, research and applications. (Special issue). In: Journal of Social Behavior and Personalitiy, Ausgabe 2/1987, S. 1–16.

Weisser, Gerhard (1956): Wirtschaft. In: Ziegenfuss, Werner (Hg.) (1956): Handbuch der Soziologie. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag. S. 970–1101.

Westdeutscher Rundfunk 1 (WDR 1) (2019): Weiter Rätsel um Toten in Sendener Hochhaus. Informationsseite vom 01.10.2019, 17:00 Uhr. URL: https://www1.wdr.de/nachrichten/westfalen-lippe/leiche-jahrelang-unentdeckt-senden-100.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2020]

Westdeutscher Rundfunk 1 (WDR 1) (o.J.): Pro-Kopf-Verschuldung der NRW-Kommunen (barrierefrei). URL: https://www1.wdr.de/nachrichten/landespolitik/nrw-pro-kopf-verschuldung-100~table_callingId-westpol-verschuldung-nrw-gemeinden-100.html#goToHead. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Wetzel, Hermann H. (1994): Deutsche Übersetzungen moderner italienischer Lyrik I. Zur editorischen Praxis am Beispiel Ungarettis. Peter Brockmeier zum 12. April 1994. URL: https://epub.uni-regensburg.de/25941/1/ubr12960_ocr.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Whitman, Steven/Good, Glenn/Donoghue, Edmund R/Benbow, Nanette/Shou, Wenyuan/Mou, Shanxuan (1997): Mortality in Chicago Attributed to the July 1995 Heat Wave. In: American Journal of Public Health, Band 87, 1997, S. 1515–1518. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380980/pdf/amjph00508-0117.pdf. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Wiedemann, Angela/Wegner-Siegmundt, Christian/Luy, Marc (2015): Ursachen und Trends der Geschlechterdifferenz in der Lebenserwartung in Deutschland. Causes and Trends of the Gender Difference in Life Expectancy in Germany. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Band 91, Ausgabe 12/2015. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. S. 494–498. DOI: 10.3238/zfa.2015.0494-0498

Winkelmann, Ulrike (2017): Tod von Petra Kelly und Gert Bastian. Zwei Leichen, viele offene Fragen. URL: https://www.deutschlandfunk.de/tod-von-petra-kelly-und-ge

rt-bastian-zwei-leichen-viele.724.de.html?dram:article_id=397217. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Winnicott, Donald Woods (2002): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Unveränderte Auflage der dt. Ausgabe von 1974. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Wittkowski, Joachim (1978): Tod und Sterben. Ergebnisse der Thanatopsychologie. Heidelberg: Quelle & Meyer.

Wittkowski, Joachim (2003): Epilog: Thanatologie heute und morgen. In: Wittkowski, Joachim (Hg.) (2003): Sterben, Tod und Trauer. Grundlagen – Methoden -Anwendungsfelder. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S. 269–286.

Wittkowski, Joachim (Hg.) (2003): Sterben, Tod und Trauer. Grundlagen – Methoden -Anwendungsfelder. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Wittkowski, Joachim (2010a): I. Sicht der Wissenschaften und Religionen. 5. Psychologie. In: Wittwer, Hector/Schäfer, Daniel/Frewer, Andreas (Hg.) (2010): Sterben und Tod. Ein interdisziplinäres Handbuch. Stuttgart, Weimar: Verlag J. B. Metzler. S. 50–61.

Wittkowski, Joachim (2010b): III. Allgemeine Haltungen und Umgangsweisen. 6. Trauer. In: Wittwer, Hector/Schäfer, Daniel/Frewer, Andreas (Hg.) (2010): Sterben und Tod. Ein interdisziplinäres Handbuch. Stuttgart, Weimar: Verlag J. B. Metzler. S. 197–202.

Wittkowski, Joachim/Strenge, Hans (2011): Warum der Tod kein Sterben kennt. Neue Einsichten zu unserer Lebenszeit. Darmstadt: WBG (Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Wittwer, Hector/Schäfer, Daniel/Frewer, Andreas (Hg.) (2010): Sterben und Tod. Ein interdisziplinäres Handbuch. Stuttgart, Weimar: Verlag J. B. Metzler.

Wolff, Stephan (2000): Dokumenten- und Aktenanalyse. In: Flick, Uwe/von Kardorff, Ernst/Steinke, Ines (Hg.) (2000): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt. S. 502–513.

Yang, Keming/Victor, Christina (2011): Age and loneliness in 25 European nations. DOI: https://doi.org/10.1017/S0144686X1000139X.

Zack, Fred/Kaden, Alrik/Riepenhausen, S./Rentsch, Daniel (2017): Fehler bei der Ausstellung der Todesbescheinigung. Eine Analyse von 10.000 Sterbefällen aus Mecklenburg. In: Rechtsmedizin, Ausgabe 8/2017. DOI: 10.1007/s00194-017-0193-7.

Zweites Deutsches Fernsehen (ZDF) (2018): Deutschlandstudie. URL: https://deutschland-studie.zdf.de/about. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Zeit Online (2018): Tracey Crouch. Großbritannien bekommt Ministerin für Einsamkeit. Jobverlust, Trauerfall oder Trennung: Mehr als 9 Millionen Briten fühlen sich häufig einsam. Die Regierung ernennt nun eine Ansprechpartnerin. URL: https://www.zeit.de/politik/ausland/2018-01/tracey-crouch-grossbritannien-ministerin-einsamkeit. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Zelle, Christian (2019): Acht Jahre tot in der Wohnung – Wie ist das möglich? URL: https://www1.wdr.de/nachrichten/westfalen-lippe/mann-senden-wohnung-tod-hintergrund-100.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2020]

Ziegler, Michael (2021): Umfangreiche Maßnahmen gefordert. Japans Premierminister ernennt Minister für Einsamkeit. In: Sumikai – Aktuelle Nachrichten aus Ja-

pan. 14. Februar 2021. URL: https://sumikai.com/nachrichten-aus-japan/politik/japans-premierminister-ernennt-minister-fuer-einsamkeit-288449/. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]

Zimmermann, Johann Georg (1785): Ueber die Einsamkeit. Carlsruhe: Verlag Weidmann und Reich. URL: https://reader.digitale-sammlungen.de/de/fs1/object/display/bsb10042355_00005.html. [Letzter Zugriff: 02.01.2023]